



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO
CONTROLO SINTOMÁTICO
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Paula Cristina de Oliveira Machado

Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO
CONTROLO SINTOMÁTICO
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Paula Cristina de Oliveira Machado (8371)

Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

Lisboa
2019



“A alegria não chega apenas no encontro do que se procura, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da beleza e da alegria.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, ao Professor Miguel Serra, pelo rigor com que orientou este percurso de aprendizagem, bem como pela sua contínua disponibilidade e atenção. Mas acima de tudo pela sua compreensão e apoio incondicional, um verdadeiro muito obrigado.

Aos Srs. Enfermeiros orientadores dos locais de estágio, pela sensibilidade e pelos saberes transmitidos durante a orientação.

A todos os utentes e suas famílias que comigo colaboraram tornando possível a realização de tantas aprendizagens, agradeço ainda a paciência e amizade com que me acolheram.

Aos colegas de trabalho, pela paciência e ajuda, assim como ao Sr. Enfermeiro Diretor António Viegas pela imensa compreensão e auxílio na gestão do horário de trabalho.

Aos colegas de curso, pela disponibilidade para ouvir os desabafos, desânimos e sucessos. Por terem sido sempre um grande apoio neste percurso. Júlia e Sara, muito obrigada.

À minha família, por ajudarem a manter a vida doméstica, incentivando a perseguição de um sonho e a valorização pessoal e profissional. Agradeço-lhes ainda pelos longos momentos que os privei da minha presença.

Quero ainda homenagear os dois utentes tão importantes na minha vida que partiram ao longo deste percurso, pois bem sei que para eles será também um orgulho verem me terminar mais esta etapa.

E por fim a Ti que sempre me acompanhas e sempre és e serás a minha fortaleza.

A todos, o meu sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividade de Vida Diária

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

CS - Controlo Sintomático

DPOC - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EAPC - Associação Europeia de Cuidados Paliativos

EC - Ensino Clínico

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiros Especialistas

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESAS - Edmonton Symptom Assessment Scale

FACIT-F - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue

FACIT-G - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-G

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MIF - Medida de Independência Funcional

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

PPS - Escala de Performance Paliativa

QdV - Qualidade de Vida

RFM - Reabilitação Funcional Motora

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SMI - Serviço de Medicina Interna

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

VAS - Visual Analogue Scale

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde estima que, anualmente, mais de 40 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos em todo o mundo, e reconhece a eficiência e o custo-efetividade de diversos modelos de Cuidados Paliativos no alívio do sofrimento (World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

Um estudo realizado numa unidade de Cuidados Paliativos (Montagnini et al, 2003) refere que as intervenções de reabilitação são frequentemente subutilizadas, apesar dos elevados níveis de incapacidade funcional dos doentes. Resulta que ainda pouco se sabe sobre a utilização ou eficácia das intervenções de reabilitação neste contexto, apesar de hoje já ser consensual a participação do Enfermeiro de Reabilitação nos Cuidados Paliativos.

A Mesa do Colégio da Ordem de Enfermagem de Reabilitação (2015), identifica como área emergente de investigação as “intervenções autónomas na função respiratória”, assente nesta premissa, objetiva-se com a evidência a expor, que se dê visibilidade a essas intervenções, no âmbito do controlo de sintomas em Cuidados Paliativos.

O presente Relatório de Estágio visa destacar o percurso e as atividades que foram desenvolvidas ao longo do ensino clínico, que teve como eixo condutor subjacente a promoção do conforto da pessoa, relacionando com a Teoria do Conforto de Kolcaba. Este reflete o desenvolvimento de competências profissionais especializadas, quer como Enfermeiro Especialista quer como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e académicas de Mestre através da consecução dos seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, decorrentes de alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o autocuidado;
2. Desenvolver competências no domínio da supervisão, liderança e gestão de cuidados de enfermagem, promovendo a sua continuidade, qualidade e segurança;
3. Desenvolver Competências Científicas e Técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no controlo de sintomas em cuidados paliativos, contribuindo para a melhoria dos cuidados nesta área;

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Dispneia, Fadiga.

ABSTRACT

The World Health Organization estimates that more than 40 million people annually need Palliative Care worldwide, and recognizes the efficiency and cost-effectiveness of various models of PC organization in alleviating this suffering (World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

A study conducted in a United States Palliative Care unit (Montagnini et al, 2003) states that in oncology and palliative care services, rehabilitation interventions are often overlooked or underused, despite high levels of functional disability sick. As a result, little is known about the use or effectiveness of rehabilitation interventions in this context, although today the participation of the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse in Palliative Care is already consensual, and there are already several studies carried out at this level.

Based on the development of rehabilitation nursing, the Board of the College of the Order of Rehabilitation Nursing (2015) identifies as an emerging area of research the “autonomous interventions of rehabilitation nurses in respiratory function”, based on this premise, aims to with the evidence to be exposed, giving visibility to these interventions in the context of palliative care symptom control.

This Internship Report aims to highlight the course and activities that were developed throughout the clinical teaching, which had as its underlying axis the promotion of comfort of the person, relating to the Kolcaba Comfort Theory.

This work reflects the development of specialized professional competences, both as a Specialized Nurse and as a Rehabilitation Nursing Specialist Nurse, and Master's Academics through the achievement of the following objectives:

1. Develop the skills of a Rehabilitation Nursing Specialist Nurse to care, train and maximize the functionality of people with special needs, resulting from motor, sensory and respiratory changes, throughout the life cycle, promoting self-care;
2. Develop skills in the field of supervision, leadership and management of nursing care, promoting its continuity, quality and safety;
3. Develop Scientific and Technical Skills of a Rehabilitation Nursing Specialist Nurse in the control of symptoms in palliative care, contributing to the improvement of care in this area;

Keywords: Terminally Patients ; Reheabilitation Nursing; Dyspnea; Asthenia; Palliative Care .

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. PERCURSO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	35
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	35
1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	36
1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	39
1.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados	40
1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais	44
1.2. Competências Específicas do EEER	47
1.2.1. Cuida de utentes com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	48
1.2.2. Capacita a utente com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	53
1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da utente.....	54
1.3. Competências Específicas do EEER no âmbito do projeto.....	60
1.3.1. Intervenção do EEER no controlo Sintomático em Cuidados Paliativos 60	
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Planos de Cuidados	
APÊNDICE II – Trabalho Realizado em Estágio “Motricidade Fina -Tábua”	
APÊNDICE III – Estudo de Caso	
APÊNDICE IV – Sessão de Formação às IPSS sobre: “Mecânica Corporal, Posicionamentos e Transferências”	

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, sintetizando desta forma o meu percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Este surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, traduzindo o término do Ensino Clínico (EC) nos contextos hospitalar e comunitário, dando continuidade ao Projeto de Estágio inicialmente estabelecido. Como é proposto para a elaboração de trabalhos escritos, este relatório seguirá as normas da American Psychological Association (APA).

Considerando as competências específicas do EEER, o tema deste relatório de estágio é: “Intervenções do EEER no controlo sintomático em Cuidados Paliativos”.

Deste modo, os objetivos do relatório de estágio assentam numa abordagem descritiva, reflexiva e de análise crítica do percurso planeado e realizado, visando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER operacionalizadas em contexto de EC, tendo por base as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (EE) assim como as competências específicas dos EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Com a realização deste relatório pretendo aprofundar conhecimentos técnico-científicos, mas também as dimensões ético-legal e social da prática de enfermagem de reabilitação, promovendo a minha abertura a novos paradigmas.

A estrutura do relatório pretende demonstrar o desenvolvimento dos objetivos referidos, e inicia-se com a introdução, onde surge a justificação da problemática e o enquadramento conceptual relativo ao controlo sintomático, ao nível respiratório, em cuidados paliativos (tendo por base a teoria do Conforto de Kolcaba). O segundo capítulo ilustra o caminho percorrido no desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, começando pelas competências comuns ao Enfermeiro Especialista e seguido das competências específicas do EEER. Ainda neste âmbito das competências haverá um subcapítulo sobre Intervenção do EEER no controlo

Sintomático em Cuidados Paliativos. Estes objetivos foram construídos aquando do projeto (Apêndice I). Por último, surge o capítulo das considerações finais, sobre o percurso desenvolvido, quer a nível das competências determinadas pela OE quer conforme estipulado nos descritores de Dublin, para atribuição do título de mestre, em particular, em Diário da República onde é possível ler-se que:

o grau de mestre é conferido aos que demonstrem (...) saber aplicar os seus conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008)

A fundamentação científica que sustenta o enquadramento conceptual e análise do percurso desenvolvido relativamente às competências do EEER foi realizada através de revisão da literatura, utilizando as bases de dados científicas como a CINAHL Plus e a MEDLINE, e pesquisa adicional no Google académico, em fontes teóricas primárias, em teses de mestrado e relatórios de estágio.

No sentido de operacionalizar o projeto de formação, realizei o EC num serviço de medicina interna (SMI) de um Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo, durante um período de 9 semanas, e posteriormente numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) de Lisboa e Vale do Tejo, num período de 11 semanas.

O SMI presta cuidados de saúde a utentes com patologia do foro da medicina interna e é constituído por um Hospital de Dia e por 3 unidades de internamento.

Existem três EEER alocados às unidades de internamento, que desempenham exclusivamente funções de enfermeiro especialista das 8h00 às 23h30, sendo 2 no período das 8h00 às 16h00 e posteriormente 1 no restante período.

O SMI tem como missão a promoção da saúde na comunidade prestando cuidados de saúde diferenciados, com respeito pela dignidade dos utentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. Tem ainda como visão:

- ser reconhecido como um serviço de referência no tratamento dos utentes, desenvolvimento de técnicas e terapêuticas inovadoras e promoção da excelência da prática

- diferenciar-se pela acessibilidade, competência na organização assistencial, ética profissional e pelo compromisso com os utentes/familiares;
- desenvolver atividades complementares, como o ensino pré e pós graduado e de investigação.

O SMI destina-se, pois, à prestação de cuidados de saúde a utentes com patologia do foro da medicina interna e é constituído por um Hospital de Dia, 2 unidades de internamento geral e uma Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina.

A Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina tem uma capacidade máxima de sete camas, sendo que uma destas funciona como cama satélite para a Equipa de Emergência Médica Interna, assumindo a equipa multiprofissional do serviço de medicina apenas seis camas.

As unidades de internamento geral têm uma estrutura idêntica, com capacidade de vinte e três utentes cada. Na sua composição, as enfermarias apresentam dois quartos individuais e sete quartos triplos, sendo que todos têm casa de banho com sanitário e chuveiro em anexo, possuindo chão antiderrapante e barras de apoio de mãos no sanitário e chuveiro.

No SMI, cada utente tem uma unidade composta por cama, mesa de cabeceira e cadeirão, todos portadores de rodas com travão. As camas são elétricas articuladas, com grade lateral bipartida e os utentes têm na sua unidade um sistema de chamada, que também permite aceder à iluminação.

A média de idades da população é de aproximadamente 60 anos, com uma média de internamento de cerca de 8 dias. As principais patologias são o Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infecções Respiratórias, Insuficiência Respiratória e Insuficiência Cardíaca.

A equipa de profissionais afeta ao serviço é diversificada, sendo constituída por uma equipe de 59 enfermeiros, 4 dos quais EEER, 39 assistentes operacionais, 29 médicos e 3 assistentes técnicas.

Em articulação com esta equipa multiprofissional, diariamente existem 2 fisioterapeutas pertencentes ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação, que estão alocadas a utentes do SMI, realizando a sua intervenção nas unidades do serviço ou em ginásio do hospital.

Relativamente à tipologia de utentes internados, a maioria dos diagnósticos centram-se em patologias do foro respiratório e neurológico.

A equipa de enfermagem é constituída por 3 EEER que se encontram destacados para a prestação de cuidados especializados em reabilitação e asseguram a coordenação do serviço. Os cuidados de enfermagem de reabilitação englobam a realização de levante e transferência, treino de marcha, a reabilitação motora e a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória.

O segundo contexto de EC, numa ECCI de Lisboa e Vale do Tejo, que conta com uma população residente de 79042 indivíduos e uma densidade populacional de cerca de 2157 hab/Km². Analisando os Censos 2011 é possível perceber melhor a população da área de abrangência.

À semelhança do restante país, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, neste concelho com um valor de 150% de aumento relativamente ao Censos anterior. Para além disso, o índice de dependência de jovens encontra-se nos 22% e o índice de dependência de idosos nos 33,4%. Relativamente à percentagem dos idosos com mais de setenta e cinco anos, comparativamente com restantes idosos, este valor situa-se nos 38%. Estes dados estatísticos permitem concluir que o concelho está a tornar-se envelhecido, e significativamente dependente, o que requer uma abordagem adaptada e dirigida por parte dos profissionais de saúde.

Um dos dados mais se destaca é a percentagem de idosos que residem sós, que é praticamente metade (49,5%), sujeitos ainda a situações de pobreza e exclusão, o que os torna um grupo de risco.

Ao nível estrutural verificam-se ainda muitas dificuldades na acessibilidade a edifícios, como por exemplo uma das Unidades de Saúde Familiar (USF), que apresenta uma rampa com inclinação superior ao desejável e uma porta de entrada principal grande e pesada, difícil de manusear mesmo para alguém sem incapacidade. Também o acesso aos transportes públicos, é uma característica a melhorar, pois não é adequada a utentes com limitações de mobilidade.

Por outro lado, o concelho em causa destaca-se pela existência de uma forte tradição associativa, essencial ao combate ao isolamento. Para além disso possui múltiplos equipamentos úteis para a qualidade de vida da população do concelho, sejam eles culturais, sociais ou desportivos.

Os Cuidados Primários de Saúde são prestados à população por 4 USF, 1 Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) e 1 Unidade de Recursos

Assistenciais Partilhados (URAP). Sendo a nível dos Cuidados de Saúde Secundários são assegurados pelo Centro Hospitalar da área de abrangência. Existem ainda múltiplas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que prestam diversos serviços ao domicílio, como higiene, alimentação e limpeza.

A Unidade de Cuidados Continuados (UCC) onde se realizou o segundo ensino clínico, foi criada por despacho aquando da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em vigor desde 2006.

A coordenação desta rede a nível regional é assegurada por cinco equipas, que se articulam diretamente com as equipas coordenadoras locais, assegurando o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

Uma das tipologias de instituições pertencentes à RNCCI é a UCC, que tem por missão *“(...) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra”*(Administração Central do Sistema de Saúde, 2007).

A equipa da UCC é constituída por 1 EEER, 3 enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde comunitária, 2 de enfermagem de saúde materna, 2 enfermeiras de cuidados gerais, uma técnica superior de serviço social, uma higienista oral, uma médica e uma assistente técnica administrativa. Para além destes profissionais, existe uma articulação com a URAP, onde se pode contar com a colaboração de outras valências como terapia da fala, medicina dentária, fisioterapia, psicologia e nutrição.

Esta instituição em particular detém vários programas e parcerias, um deles coordenado pela Enfermeira de reabilitação, que é a ECCI, em funcionamento desde novembro de 2009, nos moldes atuais, vocacionada para a prestação de cuidados de saúde no domicílio. Importa esclarecer os critérios de referenciação para esta equipa, de modo a tornar perceptível a tipologia de utentes e o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde:

- Utentes que não precisem de ser internados, mas que não possam deslocar-se de forma autónoma
- Dependência funcional temporária.
- Dependência funcional prolongada.
- Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença).
- Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social.

- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O Corpo desta equipa são 5 das enfermeiras da UCC, em termos de funcionamento, idealmente cada enfermeira deveria ter atribuídos 7-10 utentes (pela dotação segura), no entanto, o que se verifica são 12-13 utentes por profissional. Este método de trabalho baseia-se na necessidade de os utentes terem um gestor de caso.

Torna-se relevante conhecer os restantes programas em funcionamento na UCC para uma melhor coordenação e gestão de recursos: programa nacional de saúde escolar; Curso de preparação para o parto e parentalidade; Curso de recuperação pós-parto e parentalidade positiva; acompanhamento de grávidas e puérperas de risco; programa de intervenção precoce; comissão de proteção a crianças e jovens.

No início do EC a ECCL contava com 46 utentes inscritos, com capacidade total para 50. Destes, a maioria necessita de apoio para tratamento de feridas, vigilância e educação para a saúde, reabilitação motora por diminuição da mobilidade/funcionalidade e reabilitação respiratória.

Dado os recursos existentes, não é fácil realizar visitas tão frequentemente quanto desejável, o que leva à adoção de reforço de uma estratégia baseada na educação para a saúde, quer ao utente quer à família.

Um dos projetos atualmente em curso é a formação a as ajudantes familiares das IPSS, que vai ao encontro de um dos objetivos estipulados para os cuidados continuados, compreendendo o apoio aos prestadores formais/informais na sua formação, provendo desta forma a participação e responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados, com vista a uma maior eficiência e qualidade dos mesmos.

Apresentados os locais de EC, retomo a temática, a sua escolha teve não só por base a motivação pessoal e profissional, mas também uma forte implicação social e epidemiológica, que no início do enquadramento teórico se irá explanar. A nível pessoal e profissional, é necessário ter em conta que eu desenvolvo o meu trabalho assistencial em contexto de CP e esta é uma das áreas de interesse pessoal, onde pretendo adquirir competências, que possam repercutir-se em ganhos em saúde nos intervenientes envolvidos.

A corroborar isto, no sentido de aguçar o desejo em estudar o tema, existiu da minha parte uma experiência profissional onde tive oportunidade de observar EEER a prestar cuidados diferenciados, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação (ER), a utentes em CP. Assim como ao longo do meu percurso académico fui ficando cada vez mais desperta para as diferentes mais valias que o EEER pode contribuir no meu contexto assistencial.

Por fim, profissionalmente, o tema vai ao encontro do que a OE estabeleceu como áreas consideradas emergentes, as “Intervenções autónomas do ER na função respiratória”, o que também sedimentou a opção por este tema (Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação, 2015).

Ainda a nível científico é necessário esclarecer o que são Cuidados Paliativos (CP), para tal utilizarei a definição publicada pela International Association for Hospice and Palliative Care, no início de 2019, traduzida oficialmente para Português de Portugal pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, que refere que:

Cuidados paliativos são os cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso¹ decorrente de doença grave², especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos utentes, das suas famílias e cuidadores. (Internacional Association for Hospice and Palliative Care, 2019).

Os CP especializados destinam-se ao acompanhamento de diversas situações de elevada complexidade. Essas situações refletem-se nas condições potencialmente fatais, em que o teor dos tratamentos mudou de curativo para paliativo como o cancro, ou no caso de patologias em que o tratamento disponível prolonga a vida, mas o seu prognóstico é imprevisível como a Insuficiência Cardíaca Congestiva ou falência de órgãos. A referir ainda situações de difícil controlo sintomático nas fases de tratamentos, e na gestão das necessidades complexas que o utente e a família podem apresentar, em que a equipa assistente não consegue dar uma resposta adequada às necessidades de ambos (Commissioning Guidance for Specialist Palliative Care, 2012).

1 O sofrimento é relacionado com o estado de saúde quando está associado à doença ou à lesão de qualquer tipo. O sofrimento é considerado grave quando não pode ser aliviado sem intervenção profissional e quando compromete o funcionamento físico, social, espiritual e/ou emocional. Traduzido para português da definição disponível em: <http://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>.

2 Entende-se por doença grave qualquer doença aguda ou crónica que cause dano ou limitações significativas, podendo levar a incapacidade a longo prazo, deficiência e/ou morte. Traduzido para português da definição disponível em: <http://pallipedia.org/serious-illness/>.

A Organização Mundial da Saúde estima que, anualmente, mais de 40 milhões de utentes necessitam de CP em todo o mundo, e reconhece a efetividade de diversos modelos de organização de CP no alívio deste sofrimento (Connor & Sepulveda Bermedo, 2014).

De acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) estima-se que em hajam em Portugal continental cerca de 71.500 a 85.000 utentes com necessidades paliativas (Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos, 2017).

É hoje internacionalmente reconhecido que, quando aplicados precocemente, os CP trazem benefícios para os utentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos utentes e a sobrecarga dos familiares/cuidadores (Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone, Higginson, 2013), os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos e, consequentemente, diminuem os custos em saúde (Teixeira, 2011). Para além disso, associado ao aumento da sobrevivência dos utentes portadores de doença grave, existe uma preocupação crescente de cuidados de saúde direcionados para a Qualidade de Vida (QdV) (Aras & Ünsal, 2007).

A intervenção do EEER em CP, tem vindo a ser alvo de vários estudos de investigação. Um estudo realizado numa unidade de CP do Estado de Wisconsin dos Estados Unidos da América (Montagnini, Lodhi, & Born, 2003) refere que, nos serviços de oncologia e de cuidados paliativos, as intervenções de reabilitação são frequentemente ignoradas ou subutilizadas, apesar dos elevados níveis de incapacidade funcional dos utentes. Deste facto resulta que ainda pouco se sabe sobre a utilização ou eficácia das intervenções de reabilitação neste contexto, apesar de hoje já ser consensual a participação do EER nos CP, havendo já vários trabalhos realizados a este nível.

Da pesquisa realizada constatou-se um estudo pré-experimental, em que se utilizou uma abordagem quantitativa (Braga, 2009), em que se aborda a influência da ER nos CP, no controlo da dispneia. Este trabalho permitiu concluir que os cuidados de enfermagem de reabilitação, com recurso à reeducação funcional respiratória, contribuem para o controlo da dispneia em cuidados paliativos. Este facto foi verificado em utentes que se encontravam, nos últimos dias/horas de vida.

Assim sendo Hesbeen (2003), refere que o enfermeiro de reabilitação “tem por missão ajudar as utentes a criarem uma maneira de viver com sentido para elas

e compatível com a sua situação e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção”. Ou seja, pretende-se da mesma maneira para outros utentes com outras patologias não terminais, a satisfação dos seus autocuidados e a promoção da independência, dentro das suas capacidades (Aras & Ünsal, 2007).

Assim, CP e de reabilitação devem ser iniciados em estadios iniciais do processo de doença grave ou incurável. Enquanto os CP são prestados consoante as necessidades e o sofrimento da utente portadora de doença e a sua progressão, os de reabilitação pretendem potenciar as atividades que a utente consegue efetuar. Pretendem assim melhorar a capacidade funcional e consequentemente diminuir a sua incapacidade, estimulando a independência e QdV (Montagnini et al., 2003).

Assim sendo é importante rever o que a OE estabelece como competência do EEER, em que afirma que este “concebe, implementa, monitoriza e avalia planos de reabilitação baseados nos problemas reais e potenciais da utente”, com vista à “promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da utente” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Para tal, promove programas de: “reeducação funcional cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da sexualidade, da função, alimentação e da eliminação; treino de Atividade de Vida Diária (AVD) e de treino motor e cardiorrespiratório” (Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação, 2015).

Tendo por base a pesquisa efetuada, foram encontrados vários dados relevantes da intervenção do EEER no controlo da Dispneia e a Fadiga. Barawid et al (2015) afirmam que a reabilitação tem paralelismos com os CP, em que o objetivo não é curar ou eliminar doenças, mas melhorar a QdV, o autor defende que a realização de reabilitação em utentes com doenças graves, mas reconhece que infelizmente ainda é pouco utilizada por se acreditar que não é rentável.

Tendo em conta o referido, é importante referir que em 2014 foram publicados os resultados de um ensaio randomizado, que se realizou no Centro de *Breathlessness Intervention*, do Hospital Universitário de Cambridge, no qual foi estudado a relação custo-eficácia, comparando o acompanhamento normal de utentes com doença grave e progressiva com dispneia, com o situações acompanhadas pela equipa do centro, onde o tratamento inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, englobando também a reabilitação funcional respiratória. Como conclusão do estudo parece ser mais eficaz, do ponto de vista custo eficácia, o acompanhamento por uma equipa especializada (Todd et al., 2014).

Não obstante, é importante perceber que intervenções já foram avaliadas como sendo benéficas para o controlo da dispneia e fadiga. Sponton et al (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura, relativa aos anos 2009-2014, onde elaboram as seguintes conclusões: há um número crescente de estudos que assegura que a reabilitação vai ao encontro de muitas das necessidades não satisfeitas de utentes em CP e, embora não elimine os danos causados pelas doenças, certamente pode atenuá-los. Por conseguinte, a reabilitação funcional respiratória (RFR) diminui a intensidade da fadiga. Assim as várias intervenções de reabilitação demonstraram benefícios da reabilitação na capacidade funcional, QdV, fadiga, bem-estar, dispneia, estado emocional, e função cognitiva.

Concluíram ainda que, apesar das vantagens, o papel da reabilitação em CP ainda não é proeminente devido:

- à falta de coordenação da equipe de saúde,
- falta de programas e serviços de reabilitação nas unidades de CP
- a um número reduzido de artigos científicos documentando a melhoria do estado funcional e da QdV após as intervenções de reabilitação (evidenciando a necessidade de estudos experimentais e quase-experimentais, capazes de obter resultados confiáveis e promover intervenções seguras e que resultem em melhor QdV para essa população) (Sponton et al., 2016).

Continuando na análise das revisões sistemáticas, é importante ver os dados publicados por Dawson et al (2017), em que procuraram fazer uma revisão sistemática sobre a RFR em utentes em CP. Nesta revisão especificaram o que consideravam RFR que inclui: ensinar técnicas de respiração, exercícios de relaxamento e fortalecimento muscular, ensinar sobre como identificar uma crise de dispneia (orientando os utentes para a gestão e controlo da situação), ajudar os utentes a compreender as técnicas de conservação de energia.

Foi possível concluir que a RFR é benéfica, e por norma é desenhada para utentes com doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), sendo útil em outras patologias, nomeadamente nos diversos estádios do tumor pulmonar (primário ou metastático).

O artigo de Leyshon (2012) analisou os aspetos farmacológicos e as abordagens não farmacológicas para o tratamento de doenças graves em que a dispneia esteja muito presente, tendo verificado que, apesar dos utentes com DPOC experimentarem níveis similares de falta de ar e de fadiga que os utentes com

neoplasia (primária ou metastática) pulmonar, a abordagem terapêutica é substancialmente diferente, uma vez que os utentes com DPOC são menos propensos a receber cuidados paliativos e/ou tratamento com opiáceos, ansiolíticos ou antidepressivos (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

Esta autora refere como medidas não farmacológicas, a RFR, deve ser utilizada para contrariar a diminuição da capacidade para a execução de atividade física, descrevendo a RFR como a ajuda para quebrar o ciclo em que, por dificuldade respiratória, o utente realiza menos atividade, o que leva a um isolamento. De acordo com esta, a RFR é um programa estruturado que normalmente inclui um programa de treino físico, educação sobre a doença e os tratamentos, aconselhamento nutricional e apoio psicológico.

Além do programa, a autora refere que a equipa prestadora deve incidir a sua ação também em outros aspetos como o posicionamento, técnicas de relaxamento e de respiração, ensino de técnicas que ajudam a respiração como ar fresco na cara, técnicas de conservação de energia, ventilação não invasiva e por fim terapia cognitiva comportamental se apresentar conjuntamente depressão ou ansiedade. No que diz respeito às técnicas de conservação de energia, estas devem partir de 4 princípios: planeamento, ritual, estabelecimento de prioridades e posicionamento, pois só com esses princípios será possível diminuir a sensação de fadiga e de dispneia.

Algo que foi transversal aos estudos analisados por Leyshon (2012), é que a dispneia e a fadiga são subjetivas, sendo necessário objetivar através de instrumentos de avaliação. Nos vários estudos encontrados por Leyshon (2012) eram utilizadas escalas multidimensionais para a avaliação de sintomas (como a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy* (FACIT), entre outras), entre eles a dispneia e a fadiga.

A palavra fadiga, segundo Galvão (2016), aparece muitas vezes associada a astenia, o outro termo utilizado, a palavra deriva respetivamente do latim *fatigare* e do grego *asthenos*. Em Portugal, segundo Galvão (2016) é habitualmente utilizada a palavra astenia na linguagem clínica. No presente relatório, optou-se pela utilização da palavra fadiga, que de acordo com a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) (2008), é definida como uma sensação de cansaço, fraqueza ou falta de energia (Radbruch et al., 2008).

Fadiga foi ainda definido, no mesmo documento, como uma síndrome, no sistema de codificação clínica ICD-10, associado à doença oncológica. Neste caso é definida como um aumento da necessidade de descanso ou energia diminuída, face a situação anterior e tem de estar presente todos os dias durante pelo menos duas semanas consecutivas.

No mesmo estudo (Radbruch et al., 2008), a fadiga é um dos sintomas mais frequentes em utentes em cuidados paliativos, relatado em 80% dos utentes com doença oncológica e em 99% dos utentes submetidos a radioterapia ou quimioterapia. Fadiga também desempenha um papel importante nos cuidados paliativos para utentes não oncológicos, com grandes percentagens em utentes com HIV, esclerose múltipla, doença pulmonar obstrutiva crônica ou insuficiência cardíaca.

A avaliação da fadiga em utentes em fim de vida pode ser complexa e, por isso, Cruz et al (2017), propuseram-se a realizar uma revisão sistemática da literatura, de forma a conhecer os instrumentos mais frequentemente utilizados em investigação, em cuidados paliativos para avaliação da astenia/fadiga e se estes estavam validados para a população portuguesa. Os autores concluíram que a maioria dos estudos utilizou instrumentos de avaliação unidimensionais destacando-se a *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS) e a *Visual Analogue Scale* (VAS) respetivamente. As autoras verificaram ainda que, para a fadiga, existem instrumentos específicos de avaliação multidimensional do sintoma em cuidados paliativos, onde se destaca a *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue* (FACIT-F) que, pela sua consistência psicométrica, oferece seguramente maior garantia de uma medida adequada das necessidades do utente em cuidados paliativos, validada para a população portuguesa por Pereira (2011).

O grupo de trabalho da EAPC (2008) refere como tratamento não farmacológico para a fadiga, estratégias de conservação de energia, aconselhamento de estratégias de adaptação da atividade diária e a realização exercícios aeróbicos. Segundo o mesmo, a maioria dos utentes tentará neutralizar a fadiga com períodos prolongados de descanso, no entanto afirma que, estes não restauram a energia e que, a redução persistente da atividade física pode até promover a fadiga. Desta forma, sugerem a necessidade de uma intervenção promotora de estratégias de *coping* para a diminuição da fadiga. A mais investigada, em muitos ensaios clínicos é, o efeito do exercício físico. Várias revisões e

metanálises têm acumulado fortes evidências de que a atividade aeróbica reduzirá os níveis de fadiga, nomeadamente em sobreviventes e utentes em tratamento de neoplasia, pelo que a EAPC define como Guideline para diminuição da fadiga (EAPC, 2008). Afirmam também que, o exercício acarreta benefícios para os utentes a vários níveis, no entanto deve ser adaptado à sua capacidade, exemplo disso serão sessões com o utente sentado ou deitado com elevação da cabeceira, realizadas várias vezes ao dia e por curtos períodos.

Segundo a EAPC, outra intervenção é ajudar o utente a encontrar estratégias de gestão da energia nas diferentes atividades, sendo necessário estabelecer um registo sobre as atividades diárias e fadiga que o utente sente ao realizar, ajudando o utente a perceber os princípios da conservação da energia, priorizando as atividades pois dessa forma poderá fazer o máximo de coisas possíveis. Percebendo ainda a importância da nutrição e do repouso, que aparecem como coadjuvantes na diminuição da fadiga.

Pyszora et al (2017) referem que um programa de exercícios reduz significativamente a fadiga, em termos de gravidade e do seu impacto nas atividades diárias. Além disso, melhora o bem-estar geral dos utentes e diminuiu a intensidade dos sintomas coexistentes, como dor, sonolência, falta de apetite e depressão. Este programa desenvolvido por fisioterapeutas foi realizado durante um período de 2 semanas, em que havia três sessões por semana, tendo cada sessão individual uma duração de 30 minutos. O programa de fisioterapia incluiu exercícios ativos de membros superiores e inferiores, terapia miofascial e exercícios de propriocepção.

O National Institute for Health and Clinical Excellence (2004), recomenda a necessidade de avaliação e tratamento da fadiga. O National Comprehensive Cancer Network (2015), recomenda a triagem de fatores tratáveis que aumentem a fadiga nomeadamente a dor, o sofrimento emocional, a perturbação do sono, a anemia, a nutrição desadequada, os níveis de atividade e as comorbidades associadas à doença ou ao tratamento. Quando excluídas ou tratadas estas causas, e mantendo o utente com níveis de fadiga elevados, a National Comprehensive Cancer Network recomenda um programa de educação para a gestão da energia, conservação de energia e aprimoramento da atividade a fim de conseguir realizar.

Saarik & Hartley (2014), no seu estudo utilizaram um programa com grupos (no máximo 6 utentes) liderados por dois profissionais de saúde (terapeuta ocupacional e fisioterapeuta) para sessões de 2-3 horas, por 4 sessões. Nestas

sessões, eram realizados fundamentalmente ensinamentos sobre a gestão de energia e atividade. A terceira sessão era composta por um pequeno circuito de exercícios simples supervisionado que posteriormente poderia ser realizado em casa, enquanto também consciencialização sobre o exercício no dia a dia era reforçado junto dos utentes. Na última sessão, era abordado a alimentação e estratégias para melhorar o sono. Todo o programa tinha um tempo em que os utentes eram guiados pelos terapeutas para relaxarem, através de técnicas de relaxamento. Ao longo de todo o acompanhamento era-lhes fornecida toda a documentação em suporte papel e suporte vídeo. Todos os utentes que ingressaram no programa sofriam de fadiga moderada a grave, sendo que destes na última sessão, 35% a avaliou como leve (de acordo com a escala utilizada).

Relativamente à Dispneia, esta é definida como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório consistindo em sensações qualitativamente diferentes e de variada intensidade (American Thoracic Society, 1999). É a tomada de consciência da dificuldade em respirar associada a desconforto, podendo tomar sensações descritas de maneira diversa.

Segundo Feio (2016), a dispneia é um conceito multidimensional e complexo, subjetivo e que não se relaciona com dados objetivos como oximetria ou frequência respiratória, só o utente poderá determinar o seu grau de dispneia. De acordo com a mesma autora, a quantificação da dispneia tornará objetivável o que é subjetivo e permitirá, avaliar a sua evolução e resposta a tratamentos propostos, em reavaliações sucessivas.

Ainda de acordo com Feio (2016), o tratamento sintomático da dispneia considera o tratamento farmacológico, o tratamento não farmacológico e a oxigenioterapia. A nível do tratamento não farmacológico apresenta a RFR, com exercícios aeróbicos, cinesioterapia respiratória e programas de educação ao utente como métodos indicados para o controlo do sintoma. Acrescenta ainda que estratégias de conservação de energia assim como o aconselhamento de estratégias de adaptação da atividade diária, são uma mais valia para o controlo deste sintoma.

A American Thoracic Society (2014), apresenta um workshop sobre a Gestão Clínica das crises de dispneia, onde apresenta uma mnemónica para o controlo da crise que denomina de “Comfort” onde estabelece o que o utente pode fazer:

C – *Call* - Chamar por ajuda, voz calma entre utente e cuidadores

O – *Observe* - Observe atentamente e avalie a dispneia, para estabelecer o que fazer (opção de tratamento)

M – *Medications* - Medicação

F – *Fan* - Ventoinha dirigida para rosto pode diminuir a dispneia

O – *Oxygen* - Oxigenoterapia se útil

R – *Reassure* - Reavaliar – repetir.

T – *Timing* - Tranquilizar e usar técnicas de relaxamento, Intervenções temporais para reduzir a dispneia

Esta forma permite segundo a American Thoracic Society (2013) estabelecer um plano de ação para as crises de dispneia. Estabelece também como intervenção na dispneia a educação para a crise, ao utente e aos familiares, com os seguintes componentes:

- Causas das crises de dispneia;
- Como identificar sinais e sintomas precoces da crise de dispneia;
- Como reconhecer e medir as mudanças da intensidade da dispneia associado ao componente afetivo (ansiedade ou angústia);
- Reeducação Pulmonar, com diferentes técnicas, incluindo expiração com os lábios semicerrados, padrão respiração lenta, incentivar a expirações prolongadas e adaptação da postura corporal para facilitar a respiração;
- Técnicas de relaxamento, mindfulness, meditação, imagens guiadas e estratégias de distração (por exemplo, música, TV, leitura pelo próprio ou pelo cuidador);
- Uso apropriado e individualizado de oxigénio, ventilação e / ou ventiladores;
- Uso de um plano de ação por escrito que inclua a administração e dosagem apropriadas de medicamentos e respetivos regimes de titulação.

Booth et al (2011), apresentam como evidência científica a utilização de ventoinha dirigida à cara, a utilização de auxiliares de marcha (andarilho), a terapia de estimulação elétrica neuromuscular, posicionamento, exercícios aeróbicos, conservação de energia e exercícios de RP, todos como bons níveis de evidência. No que respeita a técnicas de RP, foram documentados neste estudo o controlo da respiração, exercícios de respiração diafragmática, expiração com os lábios semicerrados, como sendo os que tem os melhores níveis de evidência na diminuição da dispneia.

Na mesma ótica, o estudo apresenta como primeira conclusão, e evidência, que é necessário para aumentar a credibilidade das intervenções não farmacológicas definir o que é cada uma individualmente e depois investigar como e quando devem ser cada um deles implementados.

Atendendo ao referido, parece claro que a Teoria do Conforto de Kolcaba poderá trazer subsídios teóricos fundamentais para a definição das intervenções do enfermeiro. Esta é uma teoria de enfermagem de médio alcance, dirige-se a fenómenos ou conceitos específicos que se refletem na prática (Kolcaba 2003). A nível histórico, o conforto foi reconhecido como um dos elementos do cuidar em enfermagem, importante em várias teorias de enfermagem. Kolcaba (2003), na Teoria do Conforto, julgou que o conforto era de importância básica para a enfermagem. Assim sendo, considerou que este devia ser contextualizado ora como um objetivo para a enfermagem, ora como um estado relativo ao utente. Promover conforto ao utente surge não só como um dever para os profissionais de saúde, mas também como uma intenção principal da intervenção do EEER. Assim sendo o confortar é perspectivado quer como processo de cuidar, quer como objetivo para a QdV do utente.

Segundo Ribeiro & Costa (2012) a Teoria do Conforto de Kolcaba diz que a saúde pode ser perspectivada e definida como um meio para a vida, meio esse que vai realçar as capacidades físicas e os recursos utenteis e sociais, criando um sentimento de plena capacidade de adaptação a novas necessidades Bio-Psico-Socio-Espirituais e ambientais, que concorrem para um funcionamento ótimo, a ser definido para cada utente, sendo este o conceito por nós utilizado neste estudo.

Kolcaba (2003), na sua teoria, define 4 contextos diferentes em que a experiência de conforto se pode desenvolver, o contexto físico (relaciona-se com as sensações corporais e inclui aspetos como o descanso, níveis de eliminação, hidratação, dor e posicionamentos), o contexto psicoespiritual (abrange a consciência de si próprio, incluindo a autoestima, autoconceito e significado da vida), o contexto sociocultural (diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais) e por último o contexto ambiental (refere-se a condições como a luz, barulho, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio).

Além dos contextos, a teoria aborda ainda as variáveis que influenciam o conforto. Estas variáveis, segundo Kolcaba (2003) são as forças que influenciam a

percepção acerca do conforto total. São estas, as experiências passadas, a idade, o estado emocional, o sistema de suporte, o prognóstico, os fatores económicos e no global as experiências vividas até o momento.

A Teoria do Conforto abrange as intervenções realizadas para aumentar o estado de conforto e a avaliação dos resultados dessas intervenções, sendo refletido num resultado positivo, dinâmico e multifacetado para o processo de enfermagem, (Kolcaba, 2003).

O conforto é considerado uma experiência imediata e holística de se ser restabelecido, ou fortificado, através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (Kolcaba, 2003):

- Alívio, que é a satisfação de uma necessidade específica;
- Tranquilidade, que é definido como um estado de calma e contentamento;
- Transcendência, que consiste na capacidade para planejar, controlar o seu destino e resolve os seus problemas – renovação.

Posto isto, o conforto segundo Kolcaba (2003) está organizado numa grelha bidimensional. A primeira dimensão corresponde a satisfação ou não das necessidades dos três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência e a segunda dimensão corresponde aos contextos - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, em que o conforto é experimentado.

O cuidar de um utente em fim de vida é complexo e implica uma abordagem multidisciplinar, individualizada às necessidades de cada utente. O cuidar de enfermagem da utente em fim de vida corresponde a um processo terapêutico entre o enfermeiro e o utente em fim de vida, passando pela percepção do sofrimento e pela intervenção para alívio do mesmo, de forma a que a vivência do fim de vida seja com o menor sofrimento e ao mesmo tempo com o maior bem-estar possível.

Sapeta & Lopes (2007) acrescentam que ajudar os utentes na vivência de fim de vida envolve confortar, aliviar, acalmar, encorajar, valorizar, capacitar e aceitar as limitações, perdas e a condição terminal.

Neste relatório, o referencial teórico de enfermagem de Kolcaba, estruturou a intervenção, servindo como modelo orientador na abordagem aos utentes, nomeadamente à avaliação da sua necessidade de conforto, nos diferentes contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental).

Sabemos que o «conforto» é uma necessidade de toda a pessoa humana ao longo da vida, na saúde e na doença, e especificamente em grupos de doentes

socialmente vulneráveis e fragilizados, como é o caso dos idosos que procuram ajuda junto das instituições hospitalares por agudizações da sua situação crónica.

De modo a poder alcançar o conforto nos seus 3 estados, alívio, tranquilidade e transcendência a nível do controlo dos sintomas, como dispneia e fadiga. E desta forma também conseguir que os utentes experimentem conforto nos diferentes contextos, podendo participar mais ativamente a nível familiar, social e/ou cultural após uma otimização do conforto físico, psíquico e espiritual.

1. PERCURSO PERCORRIDO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Neste capítulo, pretendo realizar uma descrição reflexiva dos objetivos estabelecidos e atividades realizadas em contexto de EC e que retrata o percurso percorrido para o desenvolvimento de competências em ER. Está organizado em subcapítulos relacionados com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do EEER e, por fim, as Competências Específicas do EEER no âmbito do projeto.

Competência vem do Latim *competere* (lutar, procurar ao mesmo tempo), de *com* (junto), mais *petere* (disputar, procurar, inquirir) (in dicionário eletrónico “Origem da Palavra”). Esta definição foi sofrendo mutações de acordo com as exigências da humanidade e da evolução da sociedade. Assim, atualmente a definição de competência está interligada ao campo profissional, à detenção de conhecimentos científicos e do saber-fazer. A OE no regulamento das competências do enfermeiro generalista refere que “Pela certificação destas competências assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das utentes, em todos os níveis de prevenção.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Posto isto, seguidamente será realizado o relato do desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEER, interligando os objetivos e atividades propostas inicialmente no Projeto com as competências de enfermeiro especialista (comuns e específicas) preconizadas pela OE.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são descritas como,

as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.(Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Estas encontram-se definidas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Objetivo: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER, EM DIFERENTES CONTEXTOS E EQUIPAS DE SAÚDE, TENDO EM CONTA AS DIMENSÕES ÉTICAS, PROFISSIONAL E LEGAL DOS CUIDADOS.

Este subcapítulo desenvolve-se na extensão das competências do Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos enfermeiros, 2010a) destacando o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Este domínio reporta à tomada de decisão do enfermeiro especialista na sua área de intervenção, baseada no respeito pelos princípios éticos, pelo Código Deontológico e elementos de enquadramento jurídico.

Deste modo, considero que ao longo do EC, em ambos os contextos, planeei e implementei intervenções que assentaram no respeito pela utente como ser holístico e detentor de autonomia e autodeterminação, promovendo a parceria com a utente/família na consecução do seu projeto de saúde. Promovi o respeito pelos direitos da utente/família e as suas crenças e valores, fornecendo-lhe a informação necessária para o processo de tomada de decisão. Respeitando os princípios da beneficência, não maleficência e autonomia.

A minha prática de cuidados foi sempre pautada pelo respeito do direito à privacidade, a confidencialidade e o sigilo profissional da utente, abstendo-me de juízos de valor.

No prefácio do Deontologia Profissional de Enfermagem, o Enfermeiro Sérgio Deodato, na altura presidente do Conselho Jurisdicional da OE, “*as normas deontológicas têm sido continuamente interpretadas, numa clara harmonia entre o amplo quadro jurídico em que estão inseridas e no respeito pelos valores e pelos princípios éticos que fundamentam o agir profissional do enfermeiro*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A utente, sujeito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, é definida como alguém com condições particulares de limitações na realização das suas atividades de vida diária, na qual a enfermagem de reabilitação tem um papel interveniente ao assumir "...por foco de atenção a manutenção e promoção do bem estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades..." (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O utente a quem se prestam os cuidados e a respetiva família, bem como a vida humana em geral, encontram-se protegidas pelo atuar do enfermeiro em todos os ambientes em que os cuidados são conferidos e são transversais a todas as especialidades de enfermagem. Os deveres, princípios e valores do enfermeiro procedem da relação que o enfermeiro estabelece com o seu utente e não são essencialmente afetados pelas particulares dificuldades que essa utente apresenta num dado momento (Marques-Vieira e Sousa, 2016).

Neste sentido recupero os primeiros dias em que prestei cuidados ao Sr. N., no contexto domiciliário, a sua a esposa apresentava sempre insegurança em relação aos profissionais de saúde, recorria ao humor negro e direcionava piadas aos mesmos. Procurou-se adotar uma atitude assertiva e consciencializar para a importância da reabilitação, dando-lhe espaço para exprimir as suas preocupações. Com isto, conseguiu-se perceber que, tinha vivenciado uma situação anterior em que sentiu que, os cuidados que prestava ao seu marido tinham sido colocados em causa.

O enfermeiro deve informar a utente sobre os cuidados que presta, ao fazê-lo deve garantir um ambiente conveniente para o desenvolvimento das potencialidades da utente, reconhecendo falhas, merecedoras de mudança de comportamento (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Para conseguir transmitir a informação necessária sobre os cuidados, houve necessidade de trabalhar as falhas de comunicação, modificando atitudes nos agentes envolvidos, pois a comunicação é a ferramenta mais importante nos cuidados de saúde (Grilo, 2013).

A comunicação assertiva destaca-se pela existência de uma relação coordenada, com equidade e respeito, que potencia a autoconfiança (Mesquita, Paulino, Galante, & Alves, 2011). Posto isto, a clareza e a honestidade, atributos que são inerentes à comunicação assertiva, transmitem segurança e contribuem para uma maior adesão ao tratamento (Grilo, 2013). A construção de um processo

comunicacional assertivo mantém, pois, um padrão de conduta pessoal dignificador da enfermagem de reabilitação, tal como previsto no Código Deontológico (Nunes et al., 2005).

Neste âmbito, e como apoiam os autores consultados, dado que os fundamentos que guiam o agir em enfermagem de reabilitação não são diferentes dos fundamentos dos enfermeiros em geral (Ordem dos Enfermeiros, 2015), considero que ao longo dos EC foi feito sempre com o respeito pela dignidade da utente e família alvo de cuidados, que vou engrandecendo ao longo da minha experiência profissional, nomeadamente os princípios da beneficência, autonomia e justiça.

Assim, e segundo Santos (2016) assimilei e pratiquei os princípios estratégicos de reabilitação em situações crónicas com deficiência irreversível, com o propósito de prevenir ou corrigir deficiências adicionais; minimizar o impacto funcional da situação crónica; "rentabilizar" sistemas não afetados pela situação crónica; proporcionar as ajudas técnicas adequadas; atuar sobre o meio ambiente; e promover a educação para a saúde da utente.

Em relação à promoção de um ambiente terapêutico saliento uma situação ocorrida na primeira visita a uma utente na comunidade que cumpria um plano de reabilitação funcional motora, e concretamente treino de marcha. Ao entrar em casa foi possível identificar vários fatores de risco ambientais que concorriam para a ocorrência de quedas, tais como diversos tapetes e obstáculos como móveis. Foi necessário encontrar com a filha alternativas que permitissem uma maior segurança na intervenção, negociando a remoção dos mesmos ou modificações no ambiente. Dado o descrito, objetiva-se que se identificou uma situação de risco, analisou-se incidentes relacionados com a utente e desenvolveu-se metodologias, de forma a lidar com o risco (tal como delineado nas atividades).

Ainda relativamente às atividades propostas, salienta-se que foi possível colaborar na manutenção dos equipamentos de reabilitação, principalmente em contexto hospitalar, onde foi preciso garantir o seu funcionamento, respeitando medidas de controlo de infeção hospitalar. Neste aspeto, refiro também que, na proposta de melhoria apresentada neste contexto, e que consistiu num projeto de estágio que se traduziu na construção de uma tábua de treino de motricidade fina, os aspetos salientados anteriormente foram levados em consideração (Apêndice II).

Para tal, este equipamento era passível de ser higienizado, garantindo a segurança dos utentes.

Com as várias experiências ao longo dos EC, foi-se desenvolvendo um modo de autoconhecimento e assertividade, assentes numa prática profissional ética, ao proceder a um ajuste dos vários recursos (EEER e utentes cuidados) às situações de vulnerabilidade e ao tomar decisões suportadas deontologicamente (após consulta do Código Deontológico do Enfermeiro e da legislação apropriada, seguida de um processo de reflexão, concretizado em discussões com o orientador de estágio e a equipa multidisciplinar – atividades que tinham sido previstas no projeto).

1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Objetivo: COLABORAR COM A EQUIPA DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS, CONTRIBUINDO PARA A PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE FÍSICO, PSICOSSOCIAL, CULTURAL E ESPIRITUAL GERADOR DE SEGURANÇA E PROTEÇÃO DOS INDIVÍDUOS/GRUPO.

Segundo a OE (2010b), a excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde, que se expressam na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia. Por outro lado, segundo Fragata (2011, p.17), qualidade em saúde é considerada como um “nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados”. Neste âmbito, observei que no SMI, muitos dos utentes admitidos com AVC, apresentavam dificuldade na motricidade fina ao nível da mão, pelo que, após diálogo com o enfermeiro orientador, foi estruturado como projeto de estágio a construção, de raiz, de uma tábua para treino da motricidade fina ao nível da mão (Apêndice III). Esta tábua foi pensada tendo como finalidade capacitar os utentes para pequenas tarefas do dia a dia, neste sentido, foram tidas em consideração pequenas tarefas diárias e respetivos instrumentos (abrir e fechar torneiras, chave e fechadura, etc.).

A nível das organizações onde ocorreu o estágio, participei nos projetos de melhoria da qualidade na área da enfermagem de reabilitação, e desempenhei um

papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais. No caso da instituição hospitalar foi possível participar no grupo de trabalho dos ER, que no momento do EC estava a recolher dados sobre os cuidados especializados prestados por cada ER no seu serviço, registando a sua especificidade, tempo disponibilizado à sua prestação e os ganhos em saúde obtidos com os mesmos.

Ainda no contexto hospitalar, participou-se na elaboração de indicadores, ao colaborar na discussão sobre qual o melhor instrumento para as diferentes intervenções do ER. Colaborou-se ainda em processos de auditoria, ao participar no levantamento de dados (sobre as utentes que receberam cuidados de reabilitação), no registo nas bases de dados (sujeitas a auditorias), e ao proceder aos registos dos contactos de seguimento, coordenados pelos EEER.

1.1.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

Objetivo: COLABORAR AO NÍVEL DAS TOMADAS DE DECISÃO, INSERIDA NAS EQUIPAS MULTIPROFISSIONAIS, NO SENTIDO DA OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS E GARANTINDO A SEGURANÇA E QUALIDADE DAS ATIVIDADES DELEGADAS, ATRAVÉS DA ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO.

Neste âmbito de competência, saliento uma situação da prática de atuação do SMI, onde diariamente eram selecionados os utentes alvo dos cuidados. Tal, resultou numa reflexão pessoal e, posteriormente em conjunto com o enfermeiro orientador, sobre o processo de estabelecer prioridades na seleção dos vários utentes. Desta reflexão, emergiu o compromisso de cuidar do utente ao longo de todo o seu ciclo vital, de forma a garantir o bem-estar, promovendo assim, a sua qualidade de vida. Este “agir profissional” tem por base a ética da promessa e o compromisso do cuidar. No caso do serviço em apreço é importante referir que o rácio EEER/ utentes é manifestamente desequilibrado, o que se traduz em níveis de cuidados prestados inferiores às reais necessidades. Face a esta conjuntura, optamos por reestruturar a prática, tendo por base os princípios éticos e o estado de saúde de cada um dos utentes que necessitavam da intervenção do EEER. Ao longo do percurso foi possível melhorar a tomada de decisão.

Testemunhando o que foi descrito, Santos (2016) afirmam que o EEER diagnostica limitações e incapacidades, atua na prevenção de complicações, apoia na tomada de decisões que visam a promoção de saúde, tratamento e reabilitação. Ou seja, tem como principal objetivo aumentar a qualidade de vida e maximizar a funcionalidade da utente. Para Hesbeen (2003), o processo de reabilitação assenta no trabalho junto da utente/família, e da equipa multidisciplinar, o EEER surge como um líder na gestão dos cuidados de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e continuidade dos mesmos.

É da competência do enfermeiro informar a utente/cuidador sobre os recursos disponíveis e atuar dentro da sua área de competência, articulando com os demais profissionais (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). Posto isto, é importante referir que a reabilitação depende da família, utente e profissionais, integrados numa equipa que usufrua do conhecimento individual e da comunicação entre todos (Mancussi e Faro, 2006). Foi-me possível trabalhar em complementaridade, uma vez que, no contexto hospitalar, era de a responsabilidade do EEER sinalizar as situações que requeiram continuidade de cuidados, seja às Técnicas de Serviço Social do SMI ou à Equipa de Gestão de Altas (EGA). Este trabalho conjunto, era realizado visando preparar atempadamente a alta hospitalar e, promovendo uma parceria de cuidados envolvendo profissionais e família, identificando necessidades de apoio domiciliário, socioeconómicas e outras.

No início do estágio, no SMI, foi necessário compreender o funcionamento do serviço, o tipo de intervenção realizado pelo EEER e os diversos recursos disponíveis. Reconheci a necessidade de me documentar, recorrendo à pesquisa, uma vez que, os cuidados de ER são reconhecidos como uma área de intervenção especializada decorrente de conhecimentos e procedimentos específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Com o apoio do orientador, foi possível progressivamente interpretar exames complementares de diagnóstico como, radiografias ou tomografia axial computadorizada torácica, estabelecer um programa de RFR e RFM, e respetivas intervenções, manusear dispositivos de oscilação intrapulmonar ou ainda, a técnica de administração de terapêutica inalatória. Foi necessário aprimorar a atuação como futuro EEER, no sentido de conseguir prestar cuidados de reabilitação de qualidade. Foi necessário voltar a rever os vários conteúdos programáticos apreendidos ao longo do primeiro ano, relativos à interpretação de radiografias ao tórax, como as questões das condições técnicas (orientação e centragem, a intensidade da

radiação, o grau de inspiração, o tipo de incidências) ou de alguns conceitos (como a radiodensidade ou radiotransparência, opacidades naturais ou artificiais, morfologia). Posteriormente, houve um trabalho de treino de leitura de radiografias ao tórax, antes de cada sessão de reabilitação, e solicitando feedback e orientação do orientador clínico.

No que diz respeito à auscultação pulmonar, houve a necessidade de se proceder a uma revisão teórica dos princípios e dos pontos da auscultação, bem como os ruídos adventícios. Treinou-se a técnica da auscultação, antes e após cada sessão de reabilitação, solicitando confirmação ou correção ao orientador clínico.

Paralelamente, praticou-se a administração de terapêutica inalatória, usando diferentes dispositivos inalatórios, recorrendo a dispositivos placebo disponíveis nos serviços. Quer os inaladores de pó seco (Diskus®), os dispositivos inalatórios com solução para inalação por nebulização (Respimat®), ou ainda os sistemas de nebulização pneumático (PARI TurboBoy®), o que foi muito produtivo do ponto de vista da experiência/aprendizagem. Um exemplo de aplicação prática terá sido o ensino feito ao Sr. M., que sofria de DPOC, e sua esposa, que se traduziu numa forma mais efetiva de capacitação para a autoadministração. Foi necessário conhecer melhor os dispositivos para após manusear com maior segurança, se tornar mais efetivo o ensino.

A nível comunitário, evidencia-se a adequação e gestão dos recursos necessários à prestação de cuidados de reabilitação, aos recursos existentes em cada domicílio. Tal como referem Scramin & Alves Machado (2006), o processo de reabilitação visa trabalhar o potencial do utente, utilizando os recursos físicos e ocupacionais. Exemplo disto poderá ser o recurso ao espelho de um armário para proceder à correção postural, algo que já no contexto hospitalar foi possível de realizar na casa de banho. Um outro exemplo foi, a realização treino de marcha recorrendo ao andarilho, utilizando tanto as escadas do prédio como a rampa de acesso.

A nível dos registos de enfermagem de reabilitação, foi possível o registo dos cuidados prestados no sistema SClinic®, o que me permitiu também alcançar a perceção da importância de utilizar uma linguagem científica, e comum a todos os profissionais de saúde. Tal englobou o levantamento de diagnósticos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, dos quais destaco a Ventilação comprometida; a Limpeza das vias aéreas comprometida; o Movimento muscular

comprometido; a Rigidez articular; o Autocuidado comprometido (Transferência, Andar, Posicionar, Alimentar, Vestir, Sanitário); o Risco de aspiração; a Deglutição comprometida; o Risco de Úlcera de pressão e o Risco de Queda. Estes registos eram realizados diariamente, possibilitando assim uma visão global da progressão de cada utente intervencionado.

Já a nível comunitário, na admissão, era feita uma nota descritiva de avaliação inicial do utente, através da utilização de escalas ou instrumentos de avaliação, em plataforma própria (GestCare®), e eram definidos objetivos e respetivo plano de intervenção, com as atividades de reabilitação planeadas. No que concerne aos instrumentos de avaliação utilizados, foi possível o recurso a diversas escalas de uso regular da equipa de enfermagem. Segundo Santos (2016) e Menoita (2012), na avaliação da pessoa, devem ser usados parâmetros de avaliação apropriados, sendo este processo sistemático e contínuo, destaco os instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Escala de Braden; os instrumentos de avaliação da força muscular – *Medical Research Council Muscle Scale*; os instrumentos de avaliação de espasticidade – Escala de Ashworth modificada; os instrumentos de avaliação das AVD – Índice de Barthel e MIF; os instrumentos de avaliação do Estado de Consciência - Escala de Glasgow; e os instrumentos de avaliação das Quedas - Escala de Morse. Todas estes instrumentos eram utilizados para o registo na plataforma GestCare®, com a supervisão da orientadora, e com o objetivo de acompanhar a intervenção do EEER, mas também monitorizar a evolução do utente, ao longo do tempo de permanência do utente na ECCI. Salienta-se o facto destes registos terem de ser duplicados a nível do SClinic® e Gestcare®, o que implicava dispêndio de tempo dos profissionais, com as necessárias implicações no tempo necessário para o cuidado aos utentes.

É importante ressaltar que esta avaliação para ser objetiva, passa necessariamente pela utilização de instrumentos que permitam avaliar adequadamente a pessoa face à situação vivida, suportando assim a tomada de decisão clínica (Mesa Colégio da Especialidade Enfermagem Reabilitação, 2016). Durante o EC, nos diferentes contextos da prática clínica, a avaliação foi feita em todos os momentos da interação com a pessoa, em situação de doença aguda ou crónica, e seus cuidadores, com vista à implementação e avaliação de programas de reabilitação, visando a excelência dos cuidados (Mesa Colégio da Especialidade Enfermagem Reabilitação, 2016).

1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Objetivo: FAVORECER AS APRENDIZAGENS NOS CONTEXTOS DE TRABALHO, COM VISTA AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS, SUPORTANDO OS CUIDADOS NO CORPO DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA PROFISSÃO, DA ESPECIALIDADE E NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA.

Não é fácil sair da minha “zona de conforto”, voltar a estudar, voltar a ser avaliado, provar aos outros e a nós mesmos as nossas capacidades, conhecimentos e experiência profissional, ao aceitar este desafio senti que era importante aprofundar os meus conhecimentos, conhecer novas realidades e sobretudo realizar novas experiências de aprendizagem.

Ao longo dos EC foi possível aumentar a minha capacidade de autoconhecimento, que é central na minha prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Ao longo dos ensinamentos clínicos foi-me possível, progressivamente apropriar-me do meu papel de aluna, e apreender com os vários elementos aquilo que é o foco de ação da enfermagem, o utente, pois foi muito enriquecedor a partilha de conhecimentos entre os colegas. Apesar de já ter algum conhecimento e experiência de trabalho na comunidade, este ainda era escasso e limitado a um contexto muito específico da minha atuação regular como enfermeira. Na comunidade, foi possível apropriar-me junto dos colegas, como intervir como profissional, como entrar em casa dos utentes, que recursos existem a nível social, como operacionalizar a visita dos diferentes elementos da ECCI ao domicílio, como utilizar os recursos existentes em casa para os programas de reabilitação, entre outros aspetos.

Recordo uma visita a uma habitação dentro de um bairro clandestino, onde a primeira visita foi realizada por múltiplos profissionais da comunidade, enfermeiro que iria assegurar a continuidade de cuidados na ECCI, EEER da ECCI, assistente social da ECCI, delegada de saúde pública, coordenadora da Equipa de Coordenação Local, responsável pela IPSS que iria prestar os cuidados de higiene e uma patrulha da Polícia de Segurança Pública. Este utente, Sr. L., estava numa Unidade de Média Duração em processo de reabilitação após amputação do membro inferior direito, tendo sido dada alta para o domicílio, com indicação para

manter a continuidade dos cuidados pela ECCI. Neste caso concreto, foi possível acompanhar todo o processo da vinda para casa, com a necessidade de higienizar a mesma com o apoio da IPSS, que foi necessário ativar com ajuda da Delegada de Saúde pública. Para além disso, foi possível acompanhar a mobilização de recursos na comunidade, como a Polícia, a fim de permitir a abertura da casa sem a presença de um familiar, a Técnica de Serviço Social que permitiu ativar o apoio domiciliário para os cuidados de higiene das habitações e a articulação entre todos. Esta vivência particular foi importante para mim, por poder participar das partilhas dos enfermeiros da ECCI, relativamente a experiências semelhantes, tais como a entrada em bairros problemáticos e como fazer para articular com a Polícia e por vezes com as IPSS (uma vez que por vezes são elas que detêm as chaves para abrir a porta).

Foi ainda possível, no que concerne a este domínio, participar nos processos de tomada de decisão e intervenções baseadas em conhecimento, para uma prática baseada na evidência. No contexto hospitalar e, posteriormente no contexto comunitário, foi possível partilhar com o orientador os instrumentos utilizados para avaliar a dispneia e a fadiga, FACIT-F e Escala Modificada da Dispneia- MRC, ambas utilizadas nos EC.

A referir ainda, outra atividade desenvolvida durante este ensino clínico, decorrente de uma necessidade de formação identificada, nomeadamente por elementos de duas IPSS e, para a qual elaborei, com apoio do orientador, uma sessão de formação (Apêndice IV – Sessão de formação para IPSS). Tal, estava relacionada com mecânica corporal, posicionamentos e transferências, e demonstrou ser fundamental e muito pertinente para o trabalho dos diferentes elementos da IPSS. A exposição oral foi clara e com uma linguagem acessível à população-alvo, criando uma dinâmica bastante satisfatória, de acordo com as opiniões dos vários elementos. Durante a sessão os funcionários da IPSS foram bastante participativos e demonstraram interesse em ouvir os nossos esclarecimentos, uma vez que o tema foi partilhado com outro colega do EC. O feedback transmitido foi positivo, afirmando que ficaram esclarecidos sobre os assuntos explanados e, que se sentiram incluídos na mesma. Houve ainda a oportunidade de serem esclarecidas inúmeras dúvidas durante a sessão sendo a mais recorrente relacionava-se com a pertinência do levantar, transferência e mobilidade, nomeadamente a utentes que face à imobilidade prolongada

apresentam rigidez articular generalizada, com reduzida amplitude articular e consequente ausência de controlo postural. Salienta-se que, desta sessão surgiu a necessidade de realizar uma visita conjunta com alguns dos elementos presentes na formação, para avaliar duas situações concretas, tendo sido necessário gerir os desejos da família com os riscos para os utentes, nomeadamente o de queda com as inerentes consequências.

No final de novembro surgiu a oportunidade de participar nas I Jornadas de Enfermagem - ACES que decorreu no dia 27 de novembro (anexo 1), ligado à temática dos contributos de enfermagem para o Plano Local de Saúde. Daqui destaco alguns contributos importantes que enriqueceram este ensino clínico no contexto comunitário pelo que enfatizo: A educação para a saúde no contexto da gravidez, onde foram debatidos conceitos importantes desta temática como o exercício físico, alimentação, aleitamento materno, tabagismo e sexualidade da grávida; a preparação para o parto. Onde foi possível observar como os diferentes saberes se unem para um bem maior. Com vários profissionais de diferentes formações, centrados nas grávidas.

Ainda neste contexto de estágio, participei no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação – Associação Portuguesa de Enfermagem Reabilitação 2018 (anexo 2). No congresso propriamente dito, considero que os temas abordados foram da maior pertinência e interesse, destacando a abordagem que foi feita em relação à necessidade de dotações seguras para os EEER. Destaco uma das conferências em que se abordava os indicadores para EEER a fim de melhorar os rácios do EEER. Foi ainda possível perceber o cuidado na atualização a fim de promover cuidados mais especializados e na vanguarda da investigação científica. Por fim recorro a transformação digital na saúde - desafios éticos, legais e sociais, que conduz a uma reflexão sobre os avanços tecnológicos, como a aplicação de realidade virtual para aplicada a RFM, a utilização de consolas para promover a RFM, que podendo auxiliar nos cuidados de ER poderão conduzir a questões éticas como a privacidade e a proteção de dados.

Considero que a participação neste congresso, permitiu um aumento de conhecimentos técnico-científicos, e a tomada de conhecimento de diferentes realidades e formas de intervenção do EEER. Estes momentos de aprendizagem vão ao encontro das necessidades de formação dos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2015), referentes ao 2º Ciclo que expõem: "*Em alguns domínios da*

área de estudo, se situe ao nível dos conhecimentos de ponta na área científica respetiva".

Deste modo, a prática baseada na evidência (PBE) consiste na utilização de evidências científicas, produzidas com rigor metodológico, para decidir sobre as mais relevantes condutas no cuidar (Pedrolo, et al., 2009). Porém, permanece a necessidade de se realizarem estudos que demonstrem a efetiva relação entre manifestações e diagnósticos (Cruz & Pimenta, 2005).

Segundo Pedrolo et al. (2009) e Cruz & Pimenta (2005) é um facto que a busca por evidência científica assim como a aplicação dos resultados às diferentes situações, depende do desenvolvimento das capacidades do enfermeiro, para identificar fontes de informação fidedignas, seleccionar critérios de pesquisa e interpretar resultados. Neste aspeto, inicie este processo de pesquisa de conhecimentos que conduzirá a uma PBE e que necessariamente se perpetuará.

O enfermeiro deve ser capaz de correlacionar os conhecimentos explícitos e os empíricos e aplicar as evidências científicas na prática clínica (Pedrolo, et al., 2009). A PBE requer uma capacitação do enfermeiro, na procura de estratégias para a aplicação dos resultados das pesquisas na prática, ultrapassando a divergência entre a teoria e o cuidar (Pedrolo, et al., 2009).

Foram ainda consultados vários artigos ao longo dos EC, não só sobre o tema do projeto como sobre a prática quotidiana.

Posto isto e analisando toda a experiência alcança-se o objetivo da responsabilização pela aprendizagem, procurando-se basear a práxis especializada em padrões de conhecimento válidos. A participação nas jornadas e no congresso procurou ser uma ferramenta para suportar a prática na investigação produzida e no conhecimento atual, contribuindo para a implementação dos conhecimentos, nos vários contextos clínicos.

1.2. Competências Específicas do EEER

No que concerne às competências específicas do EEER, detenho-me na definição de reabilitação do preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do EEER, constatamos que *"compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as utentes com doenças agudas,*

crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

1.2.1. Cuida de utentes com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Para uma melhor perceção do apreendido a nível desta competência opta-se por agrupar os objetivos relativos ao diagnóstico das alterações funcionais, conceção e implementação de programas de reabilitação, assim como a sua avaliação, da seguinte forma:

- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade (J1.1)
- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2)
- Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (J1.3)
- Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4)

Vários são os exemplos daquilo que foi feito a nível desta competência que se encontram no Apêndice II, onde se apresentam os planos de cuidados de alguns dos utentes a quem se prestou cuidados no SMI. Estes planos são antecidos de uma colheita de dados e uma avaliação inicial de cada utente, para que posteriormente seja estabelecido um plano de cuidados com os respetivos objetivos estipulados, assim como as intervenções para os atingir, e por fim é realizada uma avaliação que permite estabelecer comparação entre os vários dias em que foram prestados cuidados.

Para demonstrar o alcance da competência J.1, reporto-me a um caso concreto durante o contexto comunitário, que representa a forma como atuei perante todos os utentes que cuidei. Iniciei um programa de reabilitação ao Sr. R.M., após internamento prolongado em hospital, por choque séptico com ponto de partida num abscesso inguinal. Foi possível acompanhar o processo de admissão, negociação e planeamento dos cuidados com o utente. Na primeira visita foi possível conhecer o

Sr. R.M., assim como a sua situação. Avaliaram-se as condições da habitação e a sua acessibilidade. Seguiu-se a avaliação do estado cognitivo e mental, tendo sido aplicado o Mini Mental State Examination (MMSE), cujo resultado foi de 30/30 pontos, ou seja, não apresenta alterações a nível cognitivo.

No que concerne à avaliação das AVD's, utilizei o Índice de Barthel, pois segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007, p. 61), este é utilizado essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação devido à sua:

“fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente, (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência.”

Perante esta avaliação foi possível perceber que a nível do Autocuidado Alimentar-se (uma vez que recebe a comida preparada de uma IPSS, e é independente na ingestão dos alimentos), Controlo Intestinal e Vesical o Sr. R.M. não apresenta alterações.

Apesar de ser independente no uso do sanitário assim como na realização da sua higiene pessoal, o Sr. R.M. não consegue realizar o tomar banho pois a sua casa de banho tem uma banheira na qual ele não consegue tomar banho. Foi necessário encontrar em conjunto com o doente uma barra para colocar na parede a fim de facilitar a passagem para a banheira, assim como foi necessário encontrar um banco adequado para aquela banheira.

Procedeu-se à avaliação sistematizada da mobilidade, foram aplicadas as escalas de avaliação da força muscular (Escala de Medical Research Council – MRC- FM) tendo sido avaliado a nível dos vários segmentos. A referir que apresenta força muscular mantida a nível dos membros superiores e diminuída a nível dos membros inferiores (joelho 4/5 para Flexão e Extensão das articulações coxo-femural e 3/5 para Abdução e Adução).

Seguiu-se a avaliação do equilíbrio (Escala de Berg) tendo revelado equilíbrio estático e dinâmico (mantinha equilíbrio estático e dinâmico sentado), assim como estático ortostático (a nível do dinâmico ortostático este apresentava-se diminuído).

Foi ainda realizada a avaliação da marcha (com andarilho) e do levantar da cadeira da sala, constatando-se que necessitava de um sistema parcialmente

compensatório, realizava marcha com base de sustentação muito alargada, ataque ao solo pouco controlado e hiperextensão dos joelhos (++). Seguiu-se a avaliação da forma como o Sr. R.M. se deitava no leito e como se posicionava no mesmo, neste aspeto não tinha alterações.

Continuou-se com a avaliação da dor, utilizando a VAS e referia apenas dor ligeira às mobilizações. E por fim procedeu-se a uma avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse, apresentando risco moderado.

No que toca à habitação era alugada, e reunia as condições de habitabilidade necessárias. O Sr. R.M. vivia sozinho com o apoio da irmã que vivia perto. Recebia a alimentação pela IPSS e era essa mesma instituição que cuidava da higiene da casa. Não havia muitos móveis e a cama em termos de altura adaptava-se à situação. Era necessário encontrar em conjunto com o Sr. R.M. uma solução para a banheira a fim de facilitar os cuidados de higiene.

Após toda a avaliação, foi possível realizar o diagnóstico da situação assim como as necessidades de EEER, assim sendo, foi negociado com o Sr. R.M. o plano de cuidados tendo como principais pontos: o treino de equilíbrio ortostático, treino de marcha com andarilho, treino para transferências e levante e por fim adaptação da banheira para que o Sr. R.M. possa voltar a tomar banho.

Foi negociado e implementado o plano de reabilitação com o Sr. R.M. ao longo das diversas sessões. No Centro de Saúde, registaram-se as avaliações e o plano de cuidados de reabilitação, no sistema informático SClinic® e na plataforma da RNCCI (GestCare), onde foi preenchida a escala Medida de Independência Funcional (MIF), assim como os restantes registos.

Esta experiência revelou a importância de uma boa avaliação inicial da capacidade funcional do utente e da conceção/implementação do plano de reabilitação.

Junto do Sr. R.M. procurei manter e proporcionar conforto à pessoa, tendo em conta a teoria de Kolcaba (2003), principalmente ao nível do conforto físico (através do alívio, executando mobilizações; propiciando uma posição confortável aquando de cada exercício o que facilita o relaxamento e evita a toma de analgésicos) e do conforto psicoespiritual (estando disponível e proporcionando momentos de «desabafo»; reassegurando-o do tratamento em curso).

Num estudo de investigação, foram questionados os enfermeiros sobre que processos garantiam a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação,

estes identificaram o diagnóstico, o planeamento, a realização de atividades e a avaliação dos resultados (Gomes, et al., 2012).

A avaliação inicial possibilita perceber como se realizam as AVD, proporcionando um diagnóstico da situação. Posto isto, a avaliação funcional, especificamente o desempenho nas AVD, é de considerável importância, uma vez que a independência envolve questões emocionais, físicas e sociais. A avaliação funcional possibilita, pois, uma visão precisa quanto à gravidade da lesão (Diogo, 2000).

De acordo com o supracitado, verifica-se que avaliei as limitações à funcionalidade do utente com défices nas AVD's, através da recolha e do registo de informação sobre a situação de saúde, recorrendo a instrumentos validados. Também se constata que foi concebido um plano de intervenção e um plano de treino motor, com o objetivo de promover o autocuidado da utente com défice nas AVD's, foi necessária uma revisão sobre as intervenções na reeducação funcional motora, e implementaram-se, intervenções optimizadoras da mesma.

Posto isto, em termos da reabilitação funcional motora (RFM) foi possível traçar um plano de cuidados, que inicialmente passou por melhorar o equilíbrio estático e dinâmico. Começando sempre pela avaliação do equilíbrio a cada sessão, posteriormente treino de equilíbrio estático sentado na beira da cama, realizando a correção postural, aproveitando este momento para o treino do equilíbrio dinâmico (balanceando o tronco). Posteriormente era supervisionada a mudança para a posição ortostática e aí eram realizados vários exercícios de treino de equilíbrio na posição ortostática, foi ainda realizado os mesmos exercícios com recurso a uma das bancadas da cozinha onde o Sr. R.M. se apoiava, e através do controlo da respiração de forma a evitar uma reação vagal (Coelho, Barros, Sousa, 2016), eram realizados exercícios que visavam o fortalecimento da musculatura dos segmentos corporais a mobilizar (flexão plantar, flexão do joelho, flexão e extensão da coxofemoral e abdução da coxofemoral). Numa fase posterior houve necessidade de recorrer a uma ligadura elástica, improvisando, a fim de introduzir resistências.

Ao longo das várias sessões foi delineado um plano de intervenção com o utente, dando enfoque ao treino de força muscular dos membros inferiores, ao treino para aumento da tolerância ao esforço, ao treino de transferências para torná-las mais seguras e ao treino de equilíbrio ortostático e treino de marcha.

À data de alta o utente apresenta um aumento da força muscular global nos membros inferiores (joelho 5/5 para Flexão e Extensão e das articulações coxo-femural e 4/5 para Abdução e Adução), um aumento da tolerância ao esforço, uma maior segurança nas transferências, uma maior eficácia do equilíbrio ortostático, embora não seja totalmente eficaz e uma marcha em piso regular com apoio andarilho com aumento progressivo do percurso, sendo já capaz de subir e descer escadas de forma autónoma. Mantém, no entanto, défices no equilíbrio e ao nível da força muscular da cintura pélvica e tronco, bem como uma hiperextensão dos joelhos na fase oscilante da marcha. Teve alta da ECCI por iniciar fisioterapia no Hospital.

Ao longo do tempo de prestação de cuidados foram realizados registos no sistema informático SClinic® e na plataforma da RNCCI (GestCare®), deu-se evidência às intervenções autónomas do EEER como o treino do equilíbrio, treino da força muscular e treino de marcha com andarilho. Tendo sido posteriormente realizada carta de alta que foi entregue ao Sr. R.M.. Foram utilizadas as escalas supracitadas e registadas, a fim de se acompanhar a evolução.

Com os ganhos e resultados obtidos no Sr. R.M., verificou-se que a enfermagem de reabilitação foi efetiva (IOM, 2001), recorrendo a escalas fidedignas.

Sendo a ER possuidora de conhecimentos específicos, são necessários instrumentos que a avaliem. Todavia, está provado que EEER nem sempre avaliam os planos de reabilitação que implementam, através de instrumentos e indicadores quantificáveis, fidedignos e objetivos (Gomes, Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Ora, na situação descrita, procurou-se avaliar os ganhos através de escalas que quantificassem o progresso do Sr. R.M.

Também no estágio em contexto hospitalar, procedeu-se à monitorização do impacto das sessões implementados conforme é possível avaliar pelos diferentes planos de cuidados em apêndice.

Assim e tendo em conta o descrito, conclui-se que avaliei e implementei as intervenções, em todos os contextos, e maximizei a funcionalidade de cada um dos utentes cuidados. Sendo que se procedeu à avaliação da condição do utente e monitorizei os resultados e do impacto dos planos de reabilitação, contribuindo para cuidar de utentes com necessidades especiais e para maximizar a funcionalidade, recorrendo a instrumentos de avaliação validados e procurando a PBE.

1.2.2. Capacita a utente com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Retomando a situação anteriormente apresentada, foi necessário encontrar uma solução para que o Sr. R.M., conseguisse melhorar em termos de autonomia em relação ao cuidado de higiene. Para tal foi necessário encontrar uma solução adaptativa para a casa de banho. Face às condições da casa de banho e tendo em conta que era uma casa alugada optou-se, em conjunto com o Sr. R.M., por colocar uma Cadeira de Banho Giratória com U e a colocação de uma Barra de Ventosa Extensível. Com estes produtos de apoio e após o treino da sua utilização foi possível capacitar o Sr. R.M. para a AVD cuidados de higiene. A seleção e prescrição de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), são de acordo com o Regulamento de competências do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) parte dos cuidados de ER. Para tal houve a necessidade de ver os diferentes produtos existentes no mercado e em conjunto com o Sr. R.M. escolher aquele que melhor se adaptava e que seria possível adquirir.

Ainda com o Sr. R.M., este tinha muita dificuldade em se deslocar para longas distâncias. Aquando da deslocação a uma loja de ajudas técnicas surgiu em conversa a possibilidade de adquirir uma Scooter Elétrica para mobilidade reduzida a fim melhor a sua autonomia nas deslocações, recuperando a sua independência.

Para tal foi necessário perceber o enquadramento legal deste processo. Primeiro foi necessário conhecer o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) que é composto por entidades prescritoras (Saúde), entidades financiadoras (neste caso o Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS), Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS)) e uma entidade gestora que é o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR) a quem cabe a coordenação deste Sistema.

Pelo que se impôs em primeiro recorrer a um fisiatra do Sistema Nacional de Saúde, requisito do processo, no sentido de fazer um levantamento das necessidades, através de avaliação da situação, com a perspetiva de prescrição dos produtos de apoio, neste caso a Scooter elétrica para mobilidade reduzida. Foi anexado ainda um relatório da EEER. Depois foi encaminhado o Sr. R.M. e a sua irmã para entregarem na Segurança Social dos vários documentos solicitados. Este é um processo muito demorado pelo que não foi possível acompanhar até ao final.

Considera-se que desta forma foi possível atingir esta competência na medida em que após avaliação da situação foi possível implementar ações autónomas com enquadramento social e económico, a fim de orientar para a minimização das barreiras arquitetónicas assim como foi possível sensibilizar para a existência de legislação que permite a aquisição de produtos de apoio.

1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da utente

Para uma melhor perceção do apreendido a nível desta competência opta-se por novamente, agrupar os objetivos relativos à maximização da funcionalidade e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal, da seguinte forma:

- Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório (J3.1)
- Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (J3.2)

Posto isto, enquanto futura EEER e no contexto de EC, como já referido anteriormente utilizei instrumentos validados e científicos que fundamentassem a minha avaliação e implementação de intervenções de ER com vista à maximização do potencial de funcionalidade da utente englobando o no seu projeto de saúde e nos seus objetivos individuais. Foi através desses instrumentos de avaliação e fundamentação científica que se tornou possível monitorizar os resultados obtidos, intervir na adequação de novas intervenções para a obtenção de ganhos em saúde para cada utente e sua família.

Tendo em conta o período não uniforme em termos de turnos realizados, pude constatar os pequenos ganhos na funcionalidade da utente, que se traduziu na melhoria da capacidade no autocuidado, apesar de que alguns deles se mantiveram dependentes na realização das AVD, sendo que mais leve, o que leva também a menos sobrecarga para o cuidador e aumento da satisfação e bem-estar para utente e família.

Nos casos específicos da utente com AVC em contexto hospitalar (Apêndice I), constatou-se uma melhoria a nível da força muscular e na capacidade de realizar o levantar e tolerar melhor o treino de equilíbrio e de marcha com auxílio de

dispositivo de apoio. Deste treino permitiu também uma autonomia crescente nas dimensões dos cuidados de higiene, vestir e despir.

O registo das intervenções implementadas, com a respetiva avaliação inicial, monitorização e avaliação dos resultados obtidos, é uma forma de dar visibilidade e demonstrar os ganhos em saúde. A nível do contexto hospitalar os registos diários eram feitos no sistema informático SClinico®.

Em relação à reabilitação funcional motora (RFM) na utente com AVC, os exercícios tinham como objetivo evitar ou diminuir a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade, treino de equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado mais afetado (Menoita, 2012). Para alcançar estes objetivos, foram planeados e posteriormente realizados exercícios de facilitação cruzada, o posicionamento em padrão antiespástico, a estimulação sensorial e mobilizações passivas e, quando possível passava-se a ativas assistidas e resistidas.

Em relação à facilitação cruzada, sempre que possível foi colocada a mesa de apoio do lado mais afetado a fim de se poder trabalhar, através da linha média, sobre o lado menos afetado do corpo, assim como a abordagem ao utente era sempre realizada pelo lado mais afetado de modo a criar sistematicamente estímulo. Neste âmbito era sempre que possível, instruída a família a fazer o mesmo. Com isso permitia-se ainda reeducar o reflexo postural do lado mais afetado e estimular a sensibilidade postural auxiliando o utente a reintegrar o esquema corporal o que facilitava o autocuidado (Menoita, 2012).

Tive a oportunidade de acompanhar o caso de uma utente com AVC desde o momento da entrada no SMI, a D. C.G.L., tendo iniciado atempadamente, e de acordo com a avaliação do estado geral, da força muscular e défices sensoriomotores, conforme é possível ver no Apêndice II. Foi traçado um plano de cuidados que englobava exercícios específicos para um programa de mobilizações. Inicialmente foram realizadas mobilizações passivas, que posteriormente passaram a ativas assistidas e resistidas. Este programa foi explicado à utente para que esta fosse um elemento participativo nos exercícios, assim como à sua filha, a fim de que compreendessem os seus benefícios, garantindo o seu conforto e o posicionamento e alinhamento corporal correto para uma boa execução dos movimentos. Tendo em conta que as mobilizações devem ser realizadas 2 a 3 vezes por dia e repetidas, no mínimo, 10 vezes em cada movimento; devem ter em conta o limite da dor, da fadiga

e da tolerância da utente, respeitando a amplitude articular; realizadas de forma coordenada e repetida, devem ainda ser controladas, segurando o segmento a mobilizar em torno das articulações e efetuadas do segmento distal para o proximal e num segmento do hemicorpo, enquanto o outro deve estar em posição antiespástica (Branco e Santos, 2010; Direção Geral da Saúde, 2011; Direção Geral da Saúde, 2017). Estes princípios foram respeitados, exceto na realização 2 a 3 vezes por dia, pois não havia EEER sempre disponível, pelo que foram feitos ensinos à D. C.G.L. e à sua filha, com o objetivo de realizar autonomamente alguns exercícios terapêuticos de acordo com a sua capacidade funcional. De ressaltar que as mobilizações foram realizadas também no hemicorpo menos afetado, introduzindo resistência, com o intuito de prevenir complicações osteo-articulares e musculares.

Como complemento numa fase mais avançada do programa foram disponibilizadas à D. C.G.L. bandas elásticas para que lhe permitiam de forma mais autónoma realizar treino de força muscular, ao longo do dia.

Perante a D. C.G.L., tive a preocupação de, responder às suas necessidades de conforto psicoespiritual (promovendo a autonomia e a autoestima, respondendo à angústia espiritual, que estava associada à sua dependência), sociocultural (pelo proporcionar de condições possíveis e estimular ao desenvolvimento de atividades de lazer), ambiental (pelo adequar do ambiente às capacidades e limitações da pessoa cuidada) e as necessidades de conforto fisiológico (através do controlo álgico para tornar possível a realização da RFM) (Kolcaba, 2003).

Neste item ressalvo que no que toca ao contexto comunitário, foi necessário recorrer a improvisações, que passaram por utilizar ligaduras elásticas.

Utilizando as repetições tornou-se possível facilitar a neuroplasticidade, em que “a combinação da prática mental com a física, traz grandes benefícios para a formação do engrama motor (...)” facilitando “a armazenagem do movimento na memória” (Oliveira, 2000, p. 11). Desta forma é possível ativar-se as áreas corticais em simultâneo: a pré-motora, que permite o planeamento do movimento que se vai realizar, a motora, que irá executar o movimento e por fim a sensitiva, que receciona a informação visual, auditiva e tátil.

Neste âmbito as intervenções desenvolvidas, de uma forma global, foram os exercícios de rolar (para ambos os lados), rotação controlada da anca e a ponte. Insistindo nas automobilizações, que foram realizadas no leito e sentada no

cadeirão, carga no cotovelo do lado afetado e exercícios de equilíbrio (estático e dinâmico sentado), que contribuíram para o levante e transferências. Por fim conseguiu-se realizar o treino de marcha recorrendo a andarilho.

Neste caso ainda foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, com recurso a resistência com faixas elásticas, pesos e bastão, preparando-a para posteriormente se tornar mais autónoma no levante.

Relativamente ao treino de marcha, foram definidas metas realistas em conjunto com a D. C.G.L., e antes de iniciar o treino de marcha foi necessário avaliar a segurança do ambiente, bem como colocar cadeiras ao longo do percurso, pontos de repouso caso houvesse necessidade de a utente fazer uma pausa. Antes de iniciar foi solicitado à filha que trouxesse para o hospital um calçado adequado (fechado, antiderrapante, confortáveis, de tamanho adequado, ajustados bem aos pés), de forma a permitir o correto apoio do pé no chão e assim melhorar-se a estabilidade pois dessa forma conseguia-se prevenir quedas, ali como posteriormente no domicílio. Foram avaliados o equilíbrio e capacidade para utilização de meios auxiliares de marcha para selecionar aquele que melhor se adaptava à situação. No SMI, foi realizado treino de marcha com apoio de andarilho com aumento da distância percorrida ao longo dos dias. No caso da D. C.G.L.,

No caso desta utente foi ainda necessária a prática da técnica postural (flexão e extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são) e alguns exercícios de amplitude articular e fortalecimento muscular a nível da face (com exercícios como “Assobiar”, “Dar beijos”, “Unir as sobrancelhas”, “Elevar as sobrancelhas”, “Enrugar a testa”, “Fechar os olhos abruptamente”, “Sorrir”, “Mostrar os dentes”, “Encher a boca de ar” e “Depressão do lábio inferior” “Movimentos de sucção”, “Mover a língua para emitir o som de estalar”, “Colocar a língua para fora da boca o máximo possível” e “lateralizar a língua para cada lado da boca”) (Braga, 2009) a fim de realizar-se a reeducação dos músculos da face por esta apresentar parésia facial. Neste âmbito foi colocado um espelho na mesa de apoio para que a D. C.G.L., pudesse repetir 10 vezes cada um deles, 2 a 3 vezes por dia.

A nível físico e ambiental foi possível obter a tranquilidade segundo a utente uma vez que esta se sentia mais segura em termos de mobilidade e de conhecimento do espaço que a rodeava. Já a nível psicoespiritual e sociocultural só

foi possível neste tempo promover algum alívio, uma vez que face à situação de dependência a utente refere alguma melhoria no seu estado mas não ao ponto da tranquilidade.

Recupero ainda aqui a idealização e a construção de uma tábua, com recurso a utensílios do quotidiano para facilitar o treino e a reabilitação a nível da motricidade fina dos membros superiores. O objetivo desse trabalho foi a promoção da autonomia da utente com AVC na realização das atividades de vida, ao nível da motricidade fina dos membros superiores.

Como é possível avaliar no plano traçado é importante ressaltar que foram utilizados os instrumentos validados (já anteriormente expostos) para avaliar dia a dia e a situação e foram realizados registos em sistema informático.

Em relação à RFR à utente com alterações do padrão respiratório, tive várias situações ao longo dos EC, recordo o Sr. J.S. que foi admitido por quadro de dificuldade respiratória em contexto Pneumonia nosocomial com a presença de um derrame pleural. Na primeira avaliação aquando da auscultação pulmonar foi possível ouvir murmúrio vesicular rude diminuído na metade inferior do hemitorax esquerdo com roncos mais audíveis no hemitorax direito. Ao início do EC era difícil distinguir e identificar corretamente as características auditivas de cada ruído adventício, não era fácil perceber a intensidade, tom, duração na inspiração e expiração e pela sua qualidade. O domínio da auscultação só foi possível de se adquirir através da prática contínua e treino.

Era uma técnica nova, mas percebi que para o EEER é essencial e que este tem um papel fundamental na avaliação respiratória do utente e despiste de possíveis complicações.

A auscultação pulmonar é uma competência específica do EEER, através desta o EEER ganha uma capacidade acrescida para uma avaliação diferenciada e competente da função respiratória do utente, conforme indica o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O exame físico tem como desígnio identificar e confirmar os dados subjetivos durante a entrevista. Para realizar o exame físico objetivo ao padrão respiratório deve-se recorrer à utilização das técnicas de inspeção, palpação, percussão e auscultação.

Posto isto é necessário desenvolver conhecimentos e praticar a técnica de auscultação para se realizar de forma correta, pois daí resulta a tomada de decisões que podem fazer a diferença para o utente. Este é um dos exemplos que permite perceber aquilo que a OE estabelece no código deontológico sobre as intervenções de enfermagem e como manter a sua formação:

“(...) Salienta-se que as intervenções de Enfermagem não podem ser unicamente circunscritas aos conteúdos abordados na formação inicial, sendo a formação contínua um recurso a mobilizar. Neste sentido, para manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, devem, os enfermeiros, recorrer não só à autoformação como também fazer uso de outras estratégias de formação contínua para atualização e aperfeiçoamento profissional.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Desta forma foi possível criar uma maior sensibilização para a avaliação respiratória, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuro EEER.

O estágio realizado em contexto hospitalar foi sem dúvida uma oportunidade para adquirir e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências a este nível.

A avaliação da dificuldade respiratória como noutras situações foi realizada com recursos a instrumentos validados, neste caso foi utilizada MRC para a dispneia. O plano traçado, como no anterior relatado, respeitou a vontade e a capacidade do Sr. J.S. e para isso começou por o colocar numa posição de relaxamento, pedida consciencialização da respiração e posteriormente a dissociação dos tempos respiratórios. Seguiu-se a respiração diafragmática assistida (2 ciclos de 10 repetições). Foram realizados ainda exercícios de abertura costal seletiva (abdução do Membro Superior Esquerdo) (2 ciclos de 10 repetições).

Além da RFR foi necessário realizar exercícios de RFM a fim de prevenir o declínio motor, uma vez que se perspetivava um internamento prolongado aquando da admissão. Após a intervenção da ER, durante o período de internamento, foi possível aperfeiçoar o padrão respiratório e fortalecer em termos musculares a utente para deambular, promovendo o levante diário para cadeirão com treino de marcha inerente. Ao se trabalhar a componente muscular foi possível também possível prevenir aderências a nível da pleura.

Posto isto foi possível tomar consciência que a RFR não se dissocia da RFM, ao se trabalhar uma delas automaticamente beneficia-se a outra, assim sendo

positivo em termos de ganhos em saúde para os utentes realizar simultaneamente RFR e RFM.

1.3. Competências Específicas do EEER no âmbito do projeto

1.3.1. Intervenção do EEER no controlo Sintomático em Cuidados Paliativos

Neste nível de competência pretende-se descrever como foi possível avaliar, conceber, implementar e avaliar as intervenções do EEER na área da RFM e RFM no controlo sintomático (CS) em CP. Ao longo dos EC, procurou-se implementar o projeto definido. Tendo em consideração o projeto de estágio inicialmente proposto e tendo como base o estudo de caso em apêndice III.

A nível comunitário foi possível estabelecer cuidados a 2 utentes nesta abordagem. Na primeira sessão, eram aplicadas a Escala de Performance Paliativa (PPS), Escala de Dispneia Modificada – Medical Research Council e a Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F). Estas escalas foram escolhidas tendo por base a literatura consultada aquando do desenvolvimento do projeto.

A PPS é um instrumento validado e amplamente utilizado nos CP e tem por objetivo avaliar a performance do utente, permitindo a análise da doença e o estágio em que a mesma se encontra, facilitando a tomada de decisões sobre a forma mais adequada de tratamento (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017). Neste sentido foi especificamente desenhada para os utentes terminais a receber CP, como uma escala de performance física que varia de 0 (morte) a 100 (normal) medida em níveis decrescentes de 10%. A pontuação da performance é baseada em 5 critérios: deambulação, atividade, autocuidado, ingestão de alimentação e líquidos e estado de consciência.

Esta escala foi considerada em 2017 pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos no parecer que redigiu para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal, como uma das escalas de consenso.

No caso da Escala de Dispneia Modificada – Medical Research Council está indicada pela Direção Geral de Saúde (2011).

Já a FACIT-F está disponível através da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP, 2016).

Esta é uma subescala desenvolvida a partir do Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-G (FACIT-G), instrumento genérico e multidimensional de avaliação da qualidade de vida do utente com doença crónica avançada. Segundo os autores, foi a necessidade de se dirigirem à especificidade da doença, do seu tratamento ou outras questões não abrangidas pela FACIT-G que a partir daí, desde 1987, deram início ao desenvolvimento da FACIT. A FACIT é uma compilação de 27 itens de questões gerais divididas em quatro domínios de QdV principais: bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional e bem-estar funcional. Para os autores do manual, a FACIT é adequada para avaliação das necessidades/problemas de utentes com qualquer tipo de cancro ou doença crónica.

Já em 1994, com o objetivo de se identificar os problemas específicos da fadiga que não foram adequadamente cobertos pela FACIT-G, são desenvolvidas as subescalas, entre elas a FACIT-F. Esta é constituída por 13 itens específicos para o sintoma fadiga, avaliando a sua dimensão física funcional. Segundo os autores, essa escala específica para o sintoma fadiga poderá ser utilizada isoladamente. A resposta a cada item obedece a uma escala de concordância de Likert de cinco pontos escolhendo uma das cinco opções (0 = nem um pouco até 4 = muitíssimo). Foi originalmente desenvolvida para avaliar a fadiga relacionada com anemia em indivíduos com cancro. No entanto, as suas propriedades psicométricas foram testadas em utentes em CP. Esta escala está disponível pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Posto isto foi estabelecida a avaliação destes instrumentos na visita de admissão e posteriormente a cada 7 dias, a fim de avaliar se o plano estabelecido estava a diminuir a sensação de dispneia e a melhorar os sintomas respiratórios.

Seguiu-se a aplicação do programa com exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal global e seletiva (10 vezes por 2 a 3 ciclos, de acordo com a tolerância). Depois, procedeu-se ao treino dos músculos expiratórios, realizam-se manobras acessórias por método vibratório.

No caso do Sr. M.S.N. foi ainda realizado treino dos músculos expiratórios, recorrendo ao que existia no domicílio. Foi utilizada uma garrafa com palhinha, onde se foi colocando água na medida da tolerância. Desta forma foi possível trabalhar as resistências e neste sentido os músculos expiratórios. Improvisando um objeto para utilização como se de um Espirómetro de Incentivo.

No caso deste utente o PPS manteve-se até ao final do tempo de EC, a ressaltar que acabou por falecer na semana seguinte. Mas ao nível da Escala de Dispneia Modificada – Medical Research Council houve uma melhoria tendo no Dia 0 em Grau 4 e no Dia 30 em Grau 2. Em relação à FACIT-F Dia 0 Score 37 em 52, e no Dia 30 Score 22 (Escala de 4 a 52]. No que diz respeito ao conforto, o utente refere Alívio físico na sensação de dispneia.

Foi possível recorrer ao apresentado anteriormente, utilizando a mnemónica para o controlo das crises de dispneia denominada de “Comfort” onde estabeleci com o utente o que este e a sua companheira podem fazer (ATS, 2013). Desta forma foi estabelecido entre todos que quando houvesse uma crise de dispneia o Sr. M.S.N. chamaria pela cuidadora e esta intervinha de acordo com as possibilidades de tratamento, terapêutica, oxigénio ou ventoinha. Procedendo à reavaliação posterior e se possível a realização de técnicas de relaxamento e distração, que neste caso passavam por distração com a televisão.

Nos casos em que foi possível realizar RFR a doentes com dispneia foi observado aquilo que Booth et al (2011), apresentam como evidência científica no que respeita a técnicas de RFR. Foram utilizados exercícios de respiração diafragmática, expiração com os lábios semicerrados, como o autor descreve como sendo os que tem os melhores níveis de evidência na diminuição da dispneia. Foi observado em quase todas as situações e principalmente no caso do Sr. M.S.N. o conforto fisiológico nas crises de dispneia após a realização dos exercícios.

Tendo por base, Saarik & Hartley (2010), foi importante junto dos doentes, os ensinamentos sobre a gestão de energia e atividade, assim como reforçar junto dos mesmos a necessidade desta gestão no seu dia a dia para melhorar a sua fadiga.

Outro dos pilares que foi utilizado foi o documentado por Pyszora (2017) em que refere que um programa de exercícios reduz significativamente a fadiga, em termos de gravidade e do seu impacto nas atividades diárias. Além disso, melhora o bem-estar geral dos pacientes e diminuiu a intensidade dos sintomas coexistentes, como dor, sonolência, falta de apetite e depressão. Para tal o programa de exercícios estabelecido com cada doente era adaptado à sua fadiga e às diferentes atividades que cada doente tinha nesse dia. No caso do Sr. M.S.N., foi necessário nos dias em que a IPSS ia dar o banho (duas vezes por semana) realizar maioritariamente exercícios passivos e de relaxamento.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório representa o culminar de um percurso de aprendizagem na área da ER, refletindo a intervenção do EEER no controlo sintomático em CP.

Este relatório reflete ainda o percurso realizado no sentido da construção da identidade profissional enquanto EEER. Por isso mesmo, espelha as aprendizagens, vivências e experiências, que conduziram ao desenvolvimento dos objetivos delineados e das competências comuns e específicas do EEER. Segundo Le Boterf (2003, p. 69), *“A competência (...) não pré-existe, mas é construída por um sujeito. Não é pré-definida: é um acontecimento ou um processo. O profissional constrói sua competência ou suas competências a partir de recursos possíveis (capacidades, conhecimentos, habilidades, etc.), (...). O saber mobilizar passa pelo saber combinar e saber transformar.”* Posto isto foi importante, ao longo do percurso académico fazer convergir os saberes técnicos, científicos, éticos e relacionais. A passagem a escrito neste relatório, permitiu, fomentar a capacidade reflexiva e crítica das atividades realizadas, para além da procura de evidência científica que fundamentasse esse mesmo processo, o que contribuiu para o crescimento profissional.

Para de uma forma sumária tentar fazer uma análise ao percurso opto por a realizar através de uma estratégia SWOT, procurar no percurso desenvolvido, forças (strengths), fraquezas (weaknesses), oportunidades (opportunities) e ameaças (threats), no alcance dos objetivos delineados, identificando potencialidades individuais e aspetos a desenvolver.

Como forças, identifico o empenho na concretização das atividades propostas e na pesquisa científica que visa uma prática de excelência, PBE que leva a uma prática segura e competente. A constante procura pelo saber, competência teórica, e a sua mobilização constante para o saber fazer, competência prática, tornou possível a transforação dos recursos individuais (Barata, 2017). Este movimento teve como base a relação, um saber ser, competência social e comportamental, patente no respeito pelo outro. Enquanto utente, respeito pelas suas capacidades e potencialidades, enquanto equipas, respeitando a sua cultura organizacional.

Destaco um respeito constante pelo utente e sua família, com as suas limitações e as suas forças, intrínsecas ao processo de doença e em resposta às necessidades. Segundo Darras (2004) a formação visa práticas que estão em constante reinvenção e objetivam “cuidar de cada paciente”, e foi isto que procurei realizar em cada contacto.

Logo, foi possível perceber os resultados positivos alcançados com a intervenção do EEER, constatar a contribuição das suas intervenções para ganhos em saúde, percebidos na satisfação dos utentes e suas famílias, prevenção de complicações, promoção da autonomia, bem-estar e autocuidado e reeducação e readaptação funcional da pessoa.

Começando por uma avaliação minuciosa do utente nas suas múltiplas dimensões, através de instrumentos validados, e seguindo-se o planeamento das intervenções estabelecendo uma relação de parceria com o utente e sua família, o que levou a possibilidade de implementação das intervenções de EEER e a tomada de decisão.

O interesse pelo desenvolvimento profissional, individual e coletivo, levou a participação em diversos projetos nos dois contextos. Destaco as formações nas IPSS, que foram realizadas em contexto comunitário e ainda a elaboração da Tábua em contexto hospitalar.

No que diz respeito às fraquezas, é importante destacar as limitações percebidas na implementação do projeto. Mas, considero, que tal não se revelou impedimento para que possa afirmar o desenvolvimento de competência na temática escolhida, tendo em conta que foi possível avaliar e implementar RFR em doentes paliativos com dispneia e fadiga, com alívio sintomático.

Já a nível de oportunidades e/ou circunstâncias que podem favorecer o alcance dos objetivos, considero que houve uma constante procura por possibilidades de novas aprendizagens. Saliento os momentos externos de aprendizagem em que foi possível participar, em especial no congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação, onde como já anteriormente foi descrito, me foi possível aportar novas informações. Outra das grandes oportunidades foi a possibilidade de realizar formação nas IPSS, pois permitiu estabelecer relação com as equipas do terreno e melhorar os cuidados aos utentes.

As ameaças e/ou circunstâncias que podem impedir de alcançar os objetivos, são importantes de ter em conta pois podem ser elas que me podem conduzir ao

insucesso. Saliento a dificuldade que foi encontrada em termos do contexto hospitalar para intervir junto de doentes paliativos. Este aspeto poderia ter sido desencorajador, mas na construção da sua nova identidade de EEER espera-se competência para intervir junto de “pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida” (Regulamento n.º 125/2011, 2011) buscando a qualidade do cuidar. Hesbeen (2001) alude à qualidade do cuidar na sua dinâmica, complexidade, subtilidade a nível dos contextos cultural, social, económico de cada utente, em síntese, cuidar ao longo do ciclo de vida, permitiu-me desenvolver competências mais abrangentes e acompanhar o utente aconselhando-o sobre os riscos, as dificuldades e as oportunidades, que permitem ajudá-lo a escolher o que é melhor para si.

Posto isto posso referir que o percurso formativo permitiu-me integrar a identidade de EEER, que foi possível observar num crescente de cuidados especializados, baseados na avaliação da funcionalidade do utente e na identificação de problemas, ao longo do ciclo de vida, permitindo ainda conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (Regulamento n.º 125/2011, 2011). Estas intervenções tiveram como pressupostos que permitem demonstrar “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Muito da intervenção assentou em ensinar, instruir e treinar a família/cuidador, envolvendo-a no processo de reabilitação, discutindo as alterações, definindo estratégias a implementar, resultados esperados e metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

Em termos de futuro estes EC permitiram o desenvolvimento de competência enquanto EE que levou ao desenvolvimento de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Baseando num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do utente. Apoiada numa prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os utentes. Respeitando sempre os princípios éticos.

Foi possível colaborar na concretização dos projetos institucionais na área da qualidade. Preocupando-me sempre em participar nas boas práticas e registando

sempre os indicadores pretendidos, pois só é possível a melhorar a qualidade de cuidados através da análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados.

Considero que foi conseguida a gestão do ambiente centrado no utente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente na promoção da envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco para o utente e sua família.

A nível das equipas foi possível colaborar na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, quer na interação com as equipas médicas, de Técnicas de Serviço Social ou outros técnicos de saúde.

A nível das competências dos EEER foi possível cuidar de utentes com necessidades especiais, com deficiência ou com alguma limitação da atividade, ao longo do ciclo de vida, maximizando a funcionalidade e capacitando a funcionalidade. Através da conceção de planos de intervenção do EEER, implementando e reavaliando de forma a ser possível adaptar a cada momento. Foi possível ainda praticar de forma mais concreta programas de RFM e RFR.

Não esquecendo que se revelou necessário seleccionar um quadro de referência para a prestação de cuidados de reabilitação. Por outras palavras, os EC exigiram a mobilização de conhecimentos teóricos, bem como o treino de algumas habilidades técnicas, na prestação de cuidados de reabilitação. Ora, a Teoria do Conforto de Kolcaba contribuiu para uma prática sistemática de enfermagem de reabilitação, servindo de sustento à apreciação da situação, à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, ao planeamento da intervenção e à avaliação dos resultados. A adoção desta teoria revelou-se essencial na avaliação do conforto prestado aos utentes.

Do mesmo modo, a imprevisibilidade dos contextos encontrados, bem como a complexidade das situações, implicou o desenvolvimento de capacidades para lidar com a exigência das mesmas, o que se revela importante quando se tem em conta que o grau de mestre é atribuído a quem demonstre *“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008, p. 3842).

Por outro lado, a realização do EC no SMI contribuiu para o desenvolvimento de capacidades relacionadas com o trabalho em equipa multidisciplinar ao exigir uma diferente mobilização e integração dos conhecimentos teóricos e práticos. Tendo em conta a equipa multidisciplinar estar mais presente na situação de cuidados, foi indispensável desenvolver mais competências a nível da comunicação, tornando a comunicação mais clara e objetiva com os outros profissionais, de forma a serem perceptíveis os pareceres enquanto EEER, bem como a necessária continuidade dos cuidados. Isto representa o que deve ser a postura dos detentores do grau de mestre que devem “*ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades*” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008, p. 3842).

Na mesma linha, o EC no SMI implicou um árduo trabalho no sentido do desenvolvimento de habilidades técnicas, necessárias à prestação de cuidados de EEER a utentes com alteração do foro respiratório e motor. Refere-se com isto ao treino e aperfeiçoamento das capacidades de auscultação, interpretação de radiografias e tomografias axiais computadorizadas ao tórax, mas também ao aprimoramento das capacidades de executar os exercícios respiratórios adequados ou as manobras acessórias necessárias. Já a nível motor foi necessário o desenvolvimento da técnica de avaliação neurológica assim como a execução das várias técnicas para a RFM. Efetivamente, a legislação sustenta que os detentores do grau de mestre devem demonstrar “*competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*” (Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, 2008, p. 3842).

Posto o descrito, importa destacar que, apesar da complexidade e exigência das situações, a realização dos EC ultrapassou consideravelmente as expectativas.

Desta forma, baseada nos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2015), referente ao 2º ciclo, fui “*(...) capaz de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*”.

Deste modo, o EEER tem uma perspetiva holística em relação ao utente e sua família, avaliando e mobilizando os diferentes conhecimentos para resultar num tratamento integrado.

Assim, e segundo Barata (2016), apreendi e coloquei em prática os princípios estratégicos de reabilitação em situações crónicas com deficiência irreversível, com o propósito de prevenir ou corrigir deficiências adicionais; minimizei o impacto funcional da situação crónica; rentabilizei os sistemas não afetados pela situação crónica; proporcionei as ajudas técnicas adequadas; atuei sobre o meio ambiente; e promovi a educação para a saúde da utente.

Em termos futuros, todo o percurso académico trouxe-me mais valias nos cuidados que presto aos utentes a nível do meu contexto profissional. Revelou-se transformador a nível profissional e pessoal. A nível profissional ajudou-me a repensar o meu modo de agir e permitiu-me perspetivar novas formas de atuação enquanto EEER. A este nível mesmo tendo já desenvolvido competências comuns de enfermeira especialista e competências específicas de EEER, a prática profissional irá sempre necessitar de novas experiências e novas aprendizagens, afim de aprimorar a prática e atingir o nível de perita, pois a ação do perito é suportada na experiência e na compreensão intuitiva das situações (não se baseando somente em linhas orientadoras), e onde o desempenho é fluído, complexo e eficaz (Benner, 1984).

Posto isto é compreensível que no início da atividade profissional enquanto EEER, esta se situe num nível de principiante. Desta forma e a nível profissional irei solicitar posteriormente estágio em outras unidades de cuidados paliativos onde haja EEER para que desta forma possa consolidar os conhecimentos até agora adquiridos. Por fim desejo também procurar estabelecer em termos científicos novas pontes entre o EEER e os cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central Sistema de Saúde. (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Orientações para a consti.pdf>
- American Thoracic Society (2014). *An Official American Thoracic Society Workshop Report: Assessment and Palliative Management of Dyspnea Crisis. Annals of the American Thoracic Society* (Vol. 10). Disponível em <https://doi.org/10.1513/annalsats.201306-169st>
- Aras, M., & Ünsal, S. (2007). *The essence of rehabilitation of patients with cancer*. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(2), 74–77. Disponível em <http://ftrdergisi.com/uploads/sayilar/241/buyuk/74-772.pdf>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2), 59-67. Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Reabilitação. (2015). *Área de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER Assembleia/Areas Investigacao Prioritarias para EER.pdf>
- Barata, L. F. (2016). *Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Contínua*. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longa da Vida* (pp. 123–135). Lusodidacta.
- Barawid, E., Covarrubias, N., Tribuzio, B., & Liao, S. (2015). *The Benefits of Rehabilitation for Palliative Care Patients*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* (Vol. 32). Disponível em <https://doi.org/10.1177/1049909113514474>

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Califórnia: Addison-Wesley.
- Booth, S., Burkin, J., Bausewein, C., Moffat, C., & Galbraith, S. (2011). Nonpharmacological interventions for breathlessness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* (Vol. 5). Disponível em <https://doi.org/10.1097/spc.0b013e3283460c93>
- Braga, R. J. V. de A. (2009). *Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos*. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207_tm_Ricardo_Braga.pdf
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da utente com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-9898-269-09-6.
- Coelho, C., Barros, H., Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à utente ao longo da vida*. 1ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4.
- Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos. (2017). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento CP 2017-2018*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estratégico-para-o-Desenvolvimento-CP2017-2018-2.pdf>
- Commissioning Guidance for Specialist Palliative Care. (2012). *Commissioning Guidance for Specialist Palliative Care*. Ncpc, (December). Disponível em <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/CommissioningGuidanceforSpecialistPalliativeCare.pdf>
- Connor, S. R., & Sepulveda Bermedo, M. C. (2014). Global atlas of palliative care at the end of life. *World Palliative Care Alliance*. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.coi.2016.10.003>
- Cruz, Â., Oliveira, C., & Capelas, M. L. (2017). *Instrumentos de avaliação da astenia / fadiga em Cuidados Paliativos: Revisão Sistemática da Literatura* (Vol. 4). Disponível em https://www.researchgate.net/publication/318792454_Instrumentos_de_avaliacao_da_astenia_fadiga_em_Cuidados_Paliativos_Revisao_Sistematica_da_Literatura

- Cruz, D. d., & Pimenta, C. A. (maio-junho de 2005). *Prática Baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico*. Revista Latino-americana, 13(3), pp. 415-422.
- Darras, É. (2004). O Cuidar Pedagógico. In *Cuidar neste mundo* (pp. 263–286). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Dawson, K., Freeman, S., & Adam, K. (2017). A Review of Non-Pharmacological Pulmonary Rehabilitation for Patients Receiving Palliative Care. *Pulmonary Research and Respiratory Medicine – Open Journal* (Vol. SE). <https://doi.org/10.17140/prrmj-se2-105>
- Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho. (2008). Altera os Decretos-Leis nº 74/2006, de 24 de março, 316/76, de 29 de abril, 42/2005, de 22 de fevereiro, e 67/2005, de 15 de março. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 121 (25-06-2008), 3835-3853. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/456200/details/maximized>
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Direção-Geral Da Saúde, 1(1), 1–15.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017. Portugal. *Ministério Da Saúde*. Disponível em <https://doi.org/ISSN:2183-0746>
- Diogo, M. J. (janeiro de 2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. latino-am. enfermagem*, 8(1), pp. 75-81. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000100011&script=sci_abstract&tlng=pt
- Feio, M. (2016). Dispneia. in Barbosa, A. & Neto, I (Coords.). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 219—230). 3ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Utentes - Uma abordagem prática*. Lousã: Lidel.
- Galvão, C., Pazes, C.(2016).Astenia/Fadiga. in Barbosa, A. & Neto, I (Coords.). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.211—218). 3ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2019). *GOLD Report 2019*. 1–155.
- Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ (2013). *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers* (Review), (6). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744578>
- Grilo, M. C. (2013). *Reabilitação Respiratória à Criança com Bronquiolite e Família*. Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Disponível em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15842/1/Relatório de Estágio Final.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15842/1/Relatório%20de%20Estágio%20Final.pdf)
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociências.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Ação na Perspetiva do Cuidar*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Internacional Association for Hospice and Palliative Care. (2019). Pallipedia: The Free Online Palliative Care Dictionary. Disponível em <https://pallipedia.org/>
- Internacional Association for Hospice and Palliative Care. (2019). *Definição de Cuidados Paliativos Cuidados paliativos*. Disponível em [https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative_care_definition-Portuguese \(European\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative_care_definition-Portuguese%20(European).pdf)
- Joint Quality Initiative, (2015). Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history. Disponível em <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3a Ed; Artmed Editora, Ed.). São Paulo.
- Leyshon, J. (2012). Managing severe breathlessness in patients with end-stage COPD. *Nursing Standard* (Vol. 27). Disponível em <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.6.48.c9349>
- Mancussi e Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), pp. 128-133.

Disponível

em

<https://www.researchgate.net/publication/250051824> *Enfermagem em Reabilitação ampliando os horizontes legitimando o saber*

- Marques-Vieira C. e Sousa L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Utente ao Longo da vida*. Loures. Lusodidacta.
- Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Pão Alvo, I. B., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar o Utente Idoso com AVC*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecoIhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2012). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Mesquita, A., Paulino, C., Galante, C., & Alves, S. (Abril-Junho de 2011). *Comunicação Assertiva: uma aprendizagem efetiva e salutar na relação com os pares*. Percursos, 20, pp. 3-15. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/9237>
- Montagnini, M., Lodhi, M., & Born, W. (2003). The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 6(1), 11–17. Disponível em <https://doi.org/10.1089/10966210360510073>
- National Comprehensive Cancer Network. (2015). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* (Vol. 13). Disponível em <https://jnccn.org/abstract/journals/jnccn/13/8/article-p1012.xml#container-2173-item2177>

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). Improving supportive and palliative care for adults with cancer. *Nursing times* (Vol. 99). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14562664>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro - dos comentários à análise de casos. (*Ordem dos Enfermeiros, Ed.*). Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*. 4 (XVIII) 437-453. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a02.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do EEER. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2783-9>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em <https://dre.pt/home/dre/67058782/details/5/maximized?serie=II&dreId=67059992>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional De Enfermagem Ordem Dos Enfermeiros 2015. *Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pedrolo, E., Reichembach Danski, M. T., Mingorance, P., Souza Marques de Lazzari, L., Joaquim Méier, M., & Karla, C. (Outubro-dezembro de 2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), pp. 760-763. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396>
- Pereira Gomes, J. A., Silva Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (Dez de 2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*,

III Série(8), pp. 29-38. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300003

- Pyszora, A., Prokop, A., Wójcik, A., Budzyński, J., & Krajnik, M. (2017). Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer* (Vol. 25). Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>
- Radbruch, L., Nauck, F., Kaasa, S., Løge, J., Gonçalves, J. F., Strasser, F., ... Stone, P. (2008). Fatigue in palliative care patients — an EAPC approach. *Palliative Medicine* (Vol. 22). Disponível em <https://doi.org/10.1177/0269216307085183>
- Regulamento n.º 125/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Assembleia Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, pp. 8658–8659. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/3477014>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019. Ordem Dos Enfermeiros, 4744–4750. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ribeiro, P., & Costa, M. (2012). O conforto do utente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200016&lang=pt
- Saarik, J., & Hartley, J. (2014). Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *International Journal of Palliative Nursing* (Vol. 16). Disponível em <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.1.46178>
- Santos, L. L. (2016). O Processo de Reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longa da Vida* (pp. 15–23). Loures: Lusodidacta.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro utente. *Referência* (Vol. IIa Série).

Disponível

em

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=15

- Scramin, A. P., & Alves Machado, W. C. (diciembre de 2006). Cuidar de Utentes com Tetraplegia no Ambiente Domiciliário: Intervenções de Enfermagem na Dependência de Longo Prazo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(3), pp. 501-508. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/49943711_Cuidar_de_utentes_com_tetraplegia_no_ambiente_domiciliario_intervencoes_de_enfermagem_na_dependencia_de_longo_prazo
- Sponton, J., Minosso, M., Souza, L. J. De, Amélia, M., & Oliveira, D. C. (2016). Rehabilitation in palliative care. *Radiotherapy and Oncology* (Vol. 111). Disponível em <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed15&NEWS=N&AN=71890286>
- Teixeira, F. M. (2011). CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICÍLIO: POUPANÇA OU DESPERDÍCIO? *Universidade Católica Portuguesa*. Disponível em https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/Fatima_teixeira.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. South Australia: *The Joannatute Briggs Institute*. Disponibilizado nas aulas
- Todd, C., Bentley, A., Prevost, A. T., Farquhar, M. C., Brafman-Price, B., McCrone, P., ... Higginson, I. J. (2014). Is a specialist breathlessness service more effective and cost-effective for patients with advanced cancer and their carers than standard care? Findings of a mixed-method randomised controlled trial. *BMC Medicine* (Vol. 12). Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0194-2>
- World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Obtido em maio de 2018, de http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANOS DE CUIDADOS

Planos de Cuidados Realizados no âmbito do estágio

1. História e Plano de Cuidados do Sr. H.M.J.G.
2. História e Plano de Cuidados da Sra. C.L.G.

1. História e Plano de Cuidados do Sr. H.M.J.G.

RECOLHA DE DADOS

O Sr. H.M.J.G., de 56 anos, autónomo nas Atividades de Vida Diárias. Bate-chapas de profissão.

Reside em zona rural em contacto com patos, galinhas, pássaros, cães, gatos. Nega consumo de produtos lácteos não pasteurizados.

ANTECEDENTES UTENTEIS:

- Ex-fumador (desde há 16 anos) - 25 UMA
- Hábitos alcoólicos - 2 a 3 copos de vinho mais 2/3 bagaços por dia
- Sem outros antecedentes utenteis conhecidos. Nunca esteve internado, nega acidentes.
- Nega medicação crónica
- Nega alergias conhecidas

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Vem ao SU no dia 25/09 por quadro com 4 dias de evolução caracterizado por febre, que cedia a antipiréticos, com calafrios (Tmax medida de 39°C), astenia, adinamia e mialgias. Refere ainda tosse seca, escassa.

Por estas queixas, recorreu ao Centro de Saúde onde foi medicado com azitromicina que cumpriu durante 3 dias até que, por agravamento do quadro com dispneia e cansaço a esforços recorreu ao SU do CHS na madrugada do dia 25 de setembro. Negava perda ponderal ou suores noturnos prévios a este episódio, dor precordial, palpitações, náuseas, vômitos, diarreia, disúria ou exantemas. Nega conhecimento de picada de carraça.

À admissão no SU utente considerado vígil e orientado, com mucosas descoradas e desidratadas. Apirético. Hipertenso com TA 182/99mmHg e FC 99bpm. Eupneico em repouso e discretamente polipneico enquanto falava, apresentando saturações periféricas de oxigénio de 90% em ar ambiente.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio Vesicular discretamente diminuído em ambas as bases, com discretos fervores crepitantes na metade superior do Hemitórax direito. Sem edema periférico e sem sinais de Trombose Venosa Profunda. A nível cutâneo não se observam alterações valorizáveis, nomeadamente presença de exantemas.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO:

- Gasimetricamente em ar ambiente (na admissão): pH: 7.45; pCO₂: 34; pO₂: 58.7; HCO₃: 24.2; SatO₂: 88%; Lac: 0.8. Revela Insuficiência Respiratória Parcial
- Rx- Tórax (na admissão): Hipotransparência da metade superior do hemitórax direito. Apagamento do seio costofrénico direito.

Assumiu-se Pneumonia Adquirida na Comunidade e foram colhidas hemoculturas e pesquisa de antígeno de pneumococcus na urina, tendo posteriormente iniciado

antibioterapia empírica com amoxicilina e ácido clavulânico e azitromicina (esta última cumpriu por mais dois dias).

O utente foi transferido no mesmo dia para a enfermaria do Serviço de Medicina Interna.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO:

Utente cumpriu antibioticoterapia com amoxicilina e ácido clavulânico e azitromicina. Apresentou melhora clínica e laboratorial, com apirexia e parâmetros inflamatórios em rampa descendente. Fez desmame de oxigenioterapia.

Por hipertensão mantida, iniciou terapia anti-hipertensora.

GSA ar ambiente (03/10): ph 7,46; pCO₂ 42; pO₂ 73; Lac 1,1; HCO₃ 29,3; sO₂ 95%

TC tórax (3/10): "Sem massas ou adenomegalias mediastínicas ou axilares. Grandes vasos mediastínicos de calibre mantido. Arco aórtico e aorta torácica descendente com algumas placas calcificadas. Doença arterial coronária, com extensas placas calcificadas (em território coronário direito e esquerdo). Sem derrame pericárdico nem cardiomegalia. Foco de consolidação no lobo superior direito, acordo com pneumonia já conhecida. Identificam-se algumas opacidades centrilobulares em vidro despolido no lobo superior esquerdo e lobo inferior direito, de acordo com processo broncopneumónico (na ausência de causa bacteriana identificada, a considerar possível causa vírica: adenovírus, RSV, influenza, etc, etc?). Ligeiro derrame pleural à direita. Na coluna torácica identifica-se aspetos de hiperostose esquelética difusa idiopática (vulgo DISH), patologia habitualmente associada a fatores de risco cardiovasculares."

Avaliação Função Respiratória (26/9/2018)

Inspeção:	Simétrico, respiração de amplitude superficial, ritmo regular, sem sinais de tiragem, supraclavicular ou intercostal. Sem sinais de alterações da configuração normal do tórax.
Palpação:	Não se detetam massas ou saliências nem pontos dolorosos em ambas as faces de ambos os hemitórax.
Percussão:	Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax.
Auscultação:	Murmúrio Vesicular discretamente diminuído em ambas as bases, com discretos fervores crepitantes no Apex do Hemitorax direito
Tosse:	Tosse presente e eficaz.
Características das Secreções:	Secreções viscosas, esbranquiçadas e em escassa quantidade.

Objetivos do programa de reabilitação:

- ✓ Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios
- ✓ Impedir a formação de aderências pleurais para manter a mobilidade costal e diafragmática
- ✓ Suspende oxigenioterapia

De acordo com a avaliação inicial realizada o Sr. H.M.J.G., foi elaborado um programa de intervenção do EEER como resposta às necessidades identificadas. Este programa foi elaborado recorrendo à linguagem utilizada pelo programa SClinico®, utilizada pelo serviço, para a formulação de diagnósticos e intervenções.

DATA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
26/9/18	Ventilação comprometida, com potencial para melhorar o conhecimento sobre a ventilação e potencial para melhorar a capacidade para otimizar a ventilação.		Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição alveolar. Impedir a formação de aderências pleurais para manter a mobilidade costal e diafragmática	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar Exames Complementares de Diagnóstico. 2. Realizar exame físico. 3. Auscultação Pulmonar. 4. Avaliar ventilação. 5. Executar técnica de posicionamento: <ol style="list-style-type: none"> a. Posição de descanso e relaxamento b. Correção Postural. 6. Treinar otimização da ventilação através da técnica respiratória: <ol style="list-style-type: none"> a. Dissociação dos tempos respiratórios, com maior ênfase na inspiração b. Respiração abomino diafragmática <ol style="list-style-type: none"> i. 3 séries de 10 repetições 7. Executar técnica de reeducação: <ol style="list-style-type: none"> a. Reeducação diafragmática global anterior e seletiva, a nível das hemícupulas diafragmáticas com maior ênfase na seletiva à direita b. Abertura Costal, global e seletiva com maior ênfase na seletiva à direita e a nível superior <ol style="list-style-type: none"> i. 3 séries de 10 repetições 	<p>26/9/2018</p> <p>O Sr. H.M.J.G., encontra-se Eupneico em repouso e discretamente polipneico enquanto falava, apresentando saturações periféricas de oxigénio de 95% com aporte de oxigénio a 4l/min. Respiração predominantemente mista, sem recurso a músculos acessórios, de ritmo regular, amplitude normal, expansão torácica simétrica, sem alterações do tempo inspiratório e expiratório. Não tem exames para além dos apresentados na avaliação inicial. Auscultação Pulmonar: Murmúrio Vesicular discretamente diminuído em ambas as bases, com discretos ferveores crepitantes no Apex do Hemitorax direito.</p> <p>O Sr. H.M.J.G., consegue realizar a dissociação dos tempos respiratórios, e foram realizadas as técnicas de reeducação com sucesso, foram realizadas 3 séries de 10 movimentos.</p> <p>Pretende-se que o Sr. H.M.J.G., possa iniciar desmame da oxigenioterapia melhorando as saturações e melhorando a respiração.</p> <p>27/9/2018</p> <p>O Sr. H.M.J.G., encontra-se Eupneico em repouso e enquanto falava, sem recurso a músculos acessórios, apresentando saturações periféricas de oxigénio de 95% com aporte de oxigénio a 3l/min. Sem Oxigénio e a andar apresenta saturações de oxigénio de 89%. Respiração predominantemente mista, sem recurso a músculos acessórios, de ritmo regular, amplitude normal, expansão torácica simétrica, sem alterações do tempo inspiratório e expiratório. Não tem exames para além dos apresentados na avaliação inicial. Auscultação Pulmonar: Murmúrio Vesicular discretamente diminuído em ambas as bases, com discretos ferveores crepitantes no Apex do Hemitorax direito.</p> <p>O Sr. H.M.J.G., consegue realizar a dissociação dos tempos respiratórios, e foram realizadas as técnicas de reeducação com sucesso, foram realizadas 3 séries de 10 movimentos.</p> <p>Pretende-se que o Sr. H.M.J.G., possa continuar desmame da oxigenioterapia melhorando as saturações e melhorando a respiração.</p>
	Conhecimento para otimizar a ventilação.		Manter e melhorar o conhecimento para otimizar a ventilação.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar conhecimento sobre ventilação 2. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento 3. Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de ventilação [Espirometro de incentivo] 4. Ensinar sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação [Correção Postural, Posição de descanso e Relaxamento]. Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar ventilação [Dissociação dos tempos respiratórios, Respiração Abdomino-diafragmática]. 5. Ensinar sobre dispositivo auxiliar de ventilação [Espirometro de incentivo] 	<p>26/9/2018</p> <p>O Sr. H.M.J.G., demonstra conhecimentos e capacidades sobre ventilação, sendo que tem oportunidade de melhorar o conhecimento e a capacidade de otimização da ventilação. Foram realizados ensinamentos sobre técnica de posicionamento, sobre técnica respiratória e sobre dispositivo auxiliar de ventilação para otimizar ventilação, foi instruído e treinado. Foi apreendido sendo capaz de execução de forma autónoma. Encerrados diagnósticos secundários.</p>
	Capacidade para otimizar a ventilação.		Manter e melhorar a capacidade para otimizar a ventilação.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar capacidade para otimizar a ventilação 2. Avaliar potencial para melhorar a capacidade 3. Avaliar capacidade sobre dispositivo auxiliar de ventilação [Espirometro de incentivo] 4. Instruir sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação [Correção Postural, Posição de descanso e Relaxamento]. 5. Instruir sobre técnica respiratória para otimizar ventilação [Dissociação dos tempos respiratórios, Respiração Abdomino-diafragmática]. 6. Instruir sobre dispositivo auxiliar de ventilação [Espirometro de incentivo] 7. Treinar sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação [Correção Postural, Posição de descanso e Relaxamento]. 8. Treinar sobre técnica respiratória para otimizar ventilação [Dissociação dos tempos respiratórios, Respiração Abdomino-diafragmática]. 9. Treinar sobre dispositivo auxiliar de ventilação [Espirometro de incentivo] 	

26/9/18	Expetor comprometido.		Assegurar permeabilidade das vias aéreas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o expetorar 2. Estimular o reflexo de tosse 3. Executar Cinesioterapia Respiratória <ol style="list-style-type: none"> a. Diafragmática, global e seletiva com maior ênfase na seletiva à direita b. Abertura Costal, global e seletiva com maior ênfase na seletiva à direita e a nível superior 4. Recorrendo a compressões e Precursão <ol style="list-style-type: none"> i. 3 séries de 10 repetições 5. Executar técnica de posicionamento [Correção Postural] 6. Executar inaloterapia através de inalador com câmara expansora 7. Incentivar a tossir 8. Incentivar a ingestão de Líquidos 9. Incentivar o expetorar 	<p>26/9/2018</p> <p>O Sr. H.M.J.G., apresenta reflexo de tosse presente e eficaz.</p> <p>Foi realizada cinesioterapia respiratória com boa tolerância. Não mobiliza secreções, incentivado ao reforço hídrico.</p> <p>27/9/2018</p> <p>Foi realizada cinesioterapia respiratória com boa tolerância. Mobiliza secreções, apesar de não conseguir expelir, incentivado a manter o reforço hídrico e a repetir os exercícios ao longo do dia assim como a inspirometria de incentivo e a tosse.</p>
		Conhecimento e capacidade para otimizar o expetorar.	Manter e melhorar o conhecimento para otimizar o expetorar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento 2. Avaliar o conhecimento sobre técnica respiratória 3. Avaliar o conhecimento sobre técnica da tosse 4. Ensinar sobre técnica respiratória 5. Ensinar sobre técnica da tosse 	<p>26/9/2018</p> <p>O Sr. H.M.J.G., demonstra capacidade e conhecimentos sobre expetorar, sendo que tem oportunidade de melhorar a capacidade de otimização do expetorar e conhecimento sobre expetorar.</p> <p>Foi avaliado e realizados ensinamentos, assim como treinado o uso de inaloterapia, a técnica respiratória e a técnica da tosse.</p> <p>Foi apreendido sendo capaz de execução de forma autónoma.</p> <p>Encerrados diagnósticos secundários.</p>
		Capacidade para otimizar o expetorar.	Manter e melhorar a capacidade para otimizar o expetorar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o potencial para melhorar a capacidade 2. Avaliar capacidade para usar inaloterapia 3. Avaliar capacidade para usar técnica respiratória 4. Avaliar capacidade para usar técnica da tosse 5. Instruir sobre inaloterapia 6. Instruir sobre técnica respiratória 7. Instruir sobre técnica da tosse 8. Treinar sobre inaloterapia 9. Treinar sobre técnica respiratória 10. Treinar sobre técnica da tosse 	

2. História e Plano de Cuidados da Sra. C.G.L.

RECOLHA DE DADOS

A D. C.G.L., de 69 anos de idade. Proprietária de um Lar. Vive sozinha, com apoio da filha. Encontra-se vígil e orientada na utente, espaço e tempo. Participativa nos cuidados. Calma e bem-disposta, com uma atitude proactiva e positiva em relação ao seu processo de reabilitação.

Neurologicamente apresenta força de grau 4 (na escala de medical research council) a nível do hemicorpo direito de predomínio distal.

Antecedentes Utenteis:

- Doença cerebro-vascular com história de 2 AVCs anteriores (1º hemisfério direito aos 50 anos e 2º hemisfério esquerdo aos 55 anos com discreta parésia braquial direita sequelar),
- Cardiopatia isquémica (EAM há ~20 anos. Angio-TC em 2015: com doença não obstrutiva da artéria descendente anterior e lesão de 60% na artéria Circunflexa; Cateterismo em 2015, aparentemente sem intercorrências);
- DM2 insulino-tratada, diagnosticada em 2015 e insulina tratada desde 2016
- Paralisia facial direita periférica em contexto de pós-infecção viral, há +/-6 meses, em reabilitação.
- Hipertensão arterial, medicada e controlada desde 2008
- Dislipidémia (últimos valores de novembro 2017 – Colesterol Total 295mg/dl; Colesterol LDL 127 mg/dl; Colesterol HDL 75 mg/dl; Triglicéridos 325 mg/dl)

Resumo da história clínica:

Trazida ao SU a 20/09/2018 às 8h30m por quadro de início súbito e com 7h de evolução de hemiparésia direita, cefaleias e náuseas. Sem outra sintomatologia associada.

No Serviço de Urgência (20/9/2018):

TC CE sem alterações agudas, documentando-se «provável enfarte crónico córtico-subcortical hipodenso atrofico da região parietal pós-rolândica esquerda, no território de ramos da artéria cerebral média Sistema ventricular e espaços cisternais de normal configuração e densidade. Calcificações murais ateromatosas de ambos os sifões carotídeos ? achado frequente neste grupo etário. (...)»

Avaliada pela Neurologia, que assumiu como diagnóstico mais provável AVC isquémico esquerdo de provável natureza lacunar (dados os múltiplos fatores de risco para doença de pequenos vasos), iniciando terapêutica conservadora com AAS 100 e sinvastatina 20mg e sendo internada com indicação para repetição de TC-CE às 24h, opta-se por internamento no Serviço de Medicina Interna.

No Serviço de Medicina Interna (Admissão a 20/9/2018):

Exames:

- **Angio-TC (24/9/2018):** " Não se observam lesões parenquimatosas de novo em relação ao estudo TC crânio encefálico de 20 e de 21 de setembro de 2018; a lesão vascular presente encontra-se em fase crónica. É cortico/subcortical poscentral esquerda, mas têm também componente parietal superior e componente frontal médio (homolaterais), de menores dimensões. Está mantida a permeabilidade dos troncos arteriais supra-aórticos, de contornos regulares, sem evidência de estenose, designadamente nas regiões carotídeas bulbares e pós-bulbares, em particular à esquerda. Não há sinais de doença osteal. Está mantida a permeabilidade das artérias intracranianas de grande e médio calibre. Observam-se ligeiras irregularidades parietais na artéria basilar, mas sem evidência de estenoses."

Avaliação Realizada a 24/9/2018

ESTADO DE CONSCIÊNCIA (Escala de coma de Glasgow)		
Abertura ocular	Espontânea	4
Resposta Verbal	Orientada	5
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
Score Total		15

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS			
I - Olfativo	Sem alteração da percepção do cheiro		
II – Ótico	Acuidade visual	Sem alteração, face à situação anterior a este episódio, uma vez que a utente já tinha cataratas	
	Campo de visão	Sem alteração, face à situação anterior a este episódio, uma vez que a utente já tinha cataratas	
III – Óculomotor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Apresenta midríase reativa à luz, forma redonda e a pupila do OD com diâmetro de 3 mm e a pupila do OE com diâmetro de 3 mm). Apresenta simetria dos movimentos oculares.		
V – Trigêmeo	Sensibilidade táctil	Divisão oftálmica	Sem alteração
		Divisão maxilar	Sem alteração
		Divisão mandibular	Sem alteração
	Sensibilidade térmica	Divisão oftálmica	Sem alteração
		Divisão maxilar	Sem alteração
		Divisão mandibular	Sem alteração
	Sensibilidade dolorosa	Divisão oftálmica	Sem alteração
		Divisão maxilar	Sem alteração
		Divisão mandibular	Sem alteração
	Apresenta reflexo córneo-palpebral Sem alteração Movimentos de mastigação Sem alteração		
VII – Facial	Sem alteração, face à situação anterior a este episódio, uma vez que a utente estava a terminar a reabilitação de um episódio de pareisia facial, apresentando ainda um discreto desvio da comissura labial à direita.		
VIII – Estado-Acústico	Divisão coclear	Apresenta diminuição da acuidade auditiva à direita (avaliado através do teste de Rinne ³ e Weber ⁴).	
	Divisão vestibular	Apresenta equilíbrio estático sentado e em posição ortostática. Apresentando um discreto desequilíbrio dinâmico em posição ortostática, necessitando de apoio.	
IX – Glossofaringeo	Apresenta alteração da percepção do sabor doce ou salgado no 1/3 posterior da língua à direita.		

X – Vago	Apresenta reflexo do vômito.
XI – Espinhal	Rotação da cabeça sem alterações, força muscular idêntica em ambos os lados do pescoço. Elevação dos ombros contra resistência com ligeira diminuição da força à direita.
XII – Grande Hipoglosso	Apresenta discreto desvio da língua à direita, a úvula mantém-se centrada.

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE		
Superficial	Táctil	Diminuída a nível do hemicorpo direito
	Térmica	Diminuída a nível do hemicorpo direito
	Dolorosa	Diminuída a nível do hemicorpo direito
Profunda	Postural	Mantida
	Vibratória	Não avaliada

AVALIAÇÃO DA FORÇA (Escala MRC Muscle scale - Research - Medical Research Council)				
Segmentos		Movimentos	Score	
			Hemicorpo direito	Hemicorpo esquerdo
Cabeça e Pescoço		Flexão	5	
		Extensão	5	
		Flexão lateral esquerdo	5	
		Flexão lateral direito	5	
		Rotação	5	
Membro superior	Escapulo-umeral	Flexão	3	5
		Extensão	3	5
		Adução	3	5
		Abdução	3	5
		Rotação interna	3	5
		Rotação externa	3	5
	Cotovelo	Flexão	3	5
		Extensão	3	5
	Antebraço	Pronação	3	5
		Supinação	3	5
	Punho	Flexão palmar	3	5
		Dorsi-flexão	3	5
		Desvio radial	3	5
		Desvio cubital	3	5
		Circundação	3	5
	Dedos	Flexão	5	5

Membro inferior		Extensão	5	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5
		Oponência do polegar	3	5
	Coxo Femural	Flexão	3	5
		Extensão	3	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5
		Rotação interna	5	5
		Rotação externa	5	5
	Joelho	Flexão	3	5
		Extensão	3	5
	Tibio-társica	Flexão plantar	5	5
		Flexão dorsal	5	5
		Inversão	5	5
		Eversão	5	5
	Dedos	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA	
Prova Dedo-nariz	Apresenta descoordenação à direita.
Prova Calcanhar-Joelho	Apresenta descoordenação à direita.
Prova da indicação de Barany	Sem dismetria em ambos os lados

Avaliação do Equilíbrio – A D. C.G.L.. apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado, mas equilíbrio estático e dinâmico em pé instável, necessitando de uma base de apoio e sustentação e/ou ajuda de terceiro.

Avaliação da Marcha – A D. C.G.L.. necessita de um auxiliar de marcha (andarrilho) e supervisão na marcha.

Objetivos do programa de reabilitação:

- ✓ Aumentar a força muscular e mobilidade;

- ✓ Melhorar equilíbrio durante a marcha;
- ✓ Readquirir a autonomia nas AVD's;
- ✓ Prevenir as lesões ou traumatismos durante as atividades;
- ✓ Usar correta e consistentemente os dispositivos compensatórios da marcha;
- ✓ Ajustar-se e adaptar-se à mobilidade alterada.

De acordo com a avaliação inicial realizada a Sr. C.G.L., foi elaborado um programa de intervenção do EEER como resposta às necessidades identificadas. Este programa foi elaborado recorrendo à linguagem utilizada pelo programa SClinico®, utilizada pelo serviço, para a formulação de diagnósticos e intervenções.

DATA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
24/9/18	Movimento Muscular comprometido, em grau moderado, no hemicorpo direito.		Manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude de movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psicossensorial e psicomotora da utente	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar o Força Muscular2. Executar exercícios musculares3. Executar técnica de exercício muscular e articular ativa-assistida<ol style="list-style-type: none">a. [A nível do Membro Superior na articulação Escapulo-umeral movimentos de Flexão, Extensão, Adução, Abdução, Rotação interna e Rotação externa. A nível da articulação do Cotovelo movimentos de Flexão e Extensão. A nível da articulação do Antebraço movimentos de Pronação e Supinação. A nível da articulação do Punho movimentos de Flexão palmar, Dorsi-flexão, Desvio radial, Desvio cubital e Circundação. A nível das articulações dos Dedos movimentos Flexão, Extensão, Adução, Abdução e Oponência do polegar.]<ol style="list-style-type: none">i. 2 séries de 10 repetições	<p>24/9/2018</p> <p>A D. C.G.L. apresenta força muscular por segmento e movimento de acordo com avaliação exposta anteriormente. Foram executados os diferentes movimentos em 2 séries de 10 repetições cada. Que melhore a força a nível do hemicorpo direito, passando a ser possível executar a técnica de exercício musculartoarticular resistida.</p> <p>26/9/2018</p> <p>A D. C.G.L. apresenta aumento da força muscular a nível do Membro Superior na articulação Escapulo-umeral em todos os movimentos passou de Score 3 para 4 (Escala de MRC Muscle scale), na articulação do cotovelo em todos os movimentos passou de Score 3 para 4 (Escala de MRC Muscle scale), na articulação do antebraço em todos os movimentos passou de Score 3 para 4 (Escala de MRC Muscle scale), na articulação do punho em todos os movimentos passou de Score 3 para 4 (Escala de MRC Muscle scale). No Membro Inferior na articulação do joelho em todos os movimentos passou de Score 3 para 4 (Escala de MRC Muscle scale). Foram executados os diferentes movimentos em 2 séries de 10 repetições cada. Que melhore a força a nível do hemicorpo direito, passando a ser possível executar a técnica de exercício musculartoarticular resistida.</p> <p>27/9/2018</p> <p>A D. C.G.L. apresenta aumento da força muscular a nível do Membro Inferior na articulação do joelho em todos os movimentos passou de Score 4 para 5 (Escala de MRC Muscle scale). Foram executados os diferentes movimentos em 2 séries de 10 repetições cada. Que melhore a força a nível do hemicorpo direito, passando a ser possível executar a técnica de exercício musculartoarticular resistida.</p>
		Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Manter e melhorar o conhecimento para executar técnicas de exercício muscular e articular.	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento2. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento3. Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular	<p>24/9/2018</p> <p>A D. C.G.L. apresenta conhecimento sobre as técnicas de exercícios musculares, pela situação anterior. Apresenta capacidade para executar as técnicas recordadas de exercício musculartoarticular ativa-assistida. Tendo potencial para melhorar em termos de conhecimento e capacidade para musculartoarticular ativa-assistida. Foram instruídos e executados exercícios musculares. Incentivada a realizar exercícios durante o resto do dia.</p>

		Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	Manter e melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar capacidade para executar técnica de execução musculartoarticular ativa-assistida 2. Instruir a execução muscular e articular [Mobilizações ativas de todos os segmentos articulares] 3. Treinar a técnica de execução muscular e articular [Mobilizações ativas de todos os segmentos articulares] 	<p>26/9/2018 A D. C.G.L. realizou nestes dias de forma autónoma os exercícios instruídos.</p> <p>27/9/2018 A D. C.G.L. realizou nestes dias de forma autónoma os exercícios instruídos.</p>
24/9/18	Cinestesia comprometida, com potencial para melhorar e executar exercícios de facilitação cruzada		Melhorar a consciência da posição e movimentos corporais devido a respostas aos estímulos nos músculos e nas articulações pelos nervos sensoriais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cinestesia 2. Instruir sobre exercícios de facilitação cruzada 3. Treinar exercícios de facilitação cruzada 4. Assistir nos exercícios de facilitação cruzada 	<p>24/9/2018 A D. C.G.L., tem consciência da posição e movimentos corporais quando se questiona, mas em repouso acaba por não utilizar o membro superior direito.</p> <p>26/9/2018 Reforçados os ensinios.</p> <p>27/9/2018 Reforçados os ensinios.</p>
		Conhecimento sobre técnica de cinestesia	Manter e melhorar o conhecimento para a execução de exercícios de facilitação cruzada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar conhecimento sobre cinestesia 2. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento 3. Ensinar sobre cinestesia, exercícios de facilitação cruzada 	<p>24/9/2018 A D. C.G.L., tem conhecimento e capacidade para realizar a técnica de facilitação cruzada. Foram reforçados os ensinios, instruída e treinados os exercícios de facilitação cruzada.</p> <p>26/9/2018 Reforçados os ensinios.</p> <p>27/9/2018 Reforçados os ensinios.</p>
		Capacidade para executar técnica de cinestesia	Manter e melhorar a capacidade para a execução de exercícios de facilitação cruzada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar capacidade para executar exercícios de facilitação cruzada 2. Instruir sobre cinestesia, exercícios de facilitação cruzada 3. Treinar sobre cinestesia, exercícios de facilitação cruzada 	
26/9/18	Andar com Auxiliar de Marcha [Andarilho] comprometido		Andar com auxiliar de marcha [andarilho] melhorado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar marcha com andarilho 2. Assistir no andar com auxiliar de marcha [com andarilho]: - [Em superfícies planas: a direito, realizando curvas e rotação 360°, com obstáculos à frente] - [Em escadas, subir e descer] 	<p>26/9/2018 A D. C.G.L., por experiência anterior, já tinha conhecimento sobre o Andar com auxiliar de marcha [andarilho]. foram validados os ensinios e foi instruído e treinado o Andar com auxiliar de marcha [andarilho]. A D. C.G.L., consegue andar com auxiliar de marcha de forma eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado. Por ainda não estar avaliada completamente a situação clínica da utente, foi realizado apenas treino de marcha no quarto.</p>

		Conhecimento sobre andar com Auxiliar de Marcha [Andarilho]	Manter e melhorar o conhecimento para andar com Auxiliar de Marcha [Andarilho].	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar.2. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento3. Ensinar sobre técnica de adaptação para andar.	<p>27/9/2018</p> <p>A D. C.G.L., consegue andar com auxiliar de marcha de forma eficaz com estabilidade postural, alternância coordenada dos pés e um sistema de alavanca adequado.</p> <p>Por ainda não estar avaliada completamente a situação clínica da utente, não foi possível realizar treino de marcha nas escadas.</p>
		Capacidade para andar com Auxiliar de Marcha [Andarilho]	Manter e melhorar a capacidade para andar com Auxiliar de Marcha [Andarilho].	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar capacidade para andar2. Instruir sobre técnica de adaptação para andar.3. Treinar sobre técnica de adaptação para andar [Média distância, até 30 metros].	

APÊNDICE II - Trabalho Realizado em Estágio

“Motricidade Fina – Tábua”



**9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Centro Hospitalar [REDACTED] – Serviço de Medicina Interna

MOTRICIDADE FINA - TÁBUA

Paula Cristina de Oliveira Machado

**Lisboa
Novembro de 2018**



SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida

INDÍCE

Introdução.....	4
Fundamentação.....	5
Objetos e Movimentos.....	7
Bibliografia.....	10

INDÍCE DE IMAGENS

Figura 1 - Tábua7	
Figura 2 - Torneira.....	7
Figura 3 - Molas	8
Figura 4 - Rosca	8
Figura 5 -Fechadura	8
Figura 6 - Trancas Porta I	8
Figura 7 - Trancas Porta II	8
Figura 8 - Tomada e Ficha	9
Figura 9 - Interruptor	9

INTRODUÇÃO

No âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi identificada a necessidade de colmatar as dificuldades sentidas na reabilitação da motricidade fina a nível dos membros Superiores a fim de melhorar a funcionalidade dos utentes que se encontram internados no serviço, por Acidente Vascular Cerebral (AVC). Sob a orientação do Enfermeiro Especialista em Reabilitação [REDACTED] e com a colaboração da Enfermeira Chefe [REDACTED] do Serviço de Medicina Interna do [REDACTED], elaborou-se uma tábua com recurso a utensílios do quotidiano para facilitar o treino e a reabilitação a nível da motricidade fina dos membros superiores.

O objetivo geral deste trabalho é a promoção da autonomia da utente com AVC na realização das atividades de vida, ao nível da motricidade fina dos membros superiores. Tem como objetivo ser um manual de utilização da tábua.

FUNDAMENTAÇÃO

Atualmente cerca de 15 milhões de utentes em todo o mundo são vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados, o que constitui um fardo para a família, representa a 3ª causa de morte mais comum, logo a seguir à Doença Arterial Coronária e Neoplasias. (1)

A intervenção terapêutica compreende 3 fases: prevenção, tratamento agudo e reabilitação. No primeiro caso procura-se evitar um primeiro episódio ou recorrência do mesmo através do controlo dos fatores de risco individuais (hipertensão, diabetes, tabaco). A intervenção aguda procura reduzir o tecido cerebral afetado através da dissolução do trombo/êmbolo ou controlo da hemorragia. Por fim, a reabilitação, apresenta-se com o objetivo de auxiliar o utente a conseguir se adaptar à nova situação de vida, e, por conseguinte, conseguir ser o mais autónomo possível. (2)

A reabilitação é possível graças à capacidade que o cérebro tem de aprender e mudar. Hoje em dia sabe-se que as células de outras áreas do cérebro não afetadas podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afetada. A este fenómeno dá-se o nome de neuroplasticidade. (3)

A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice para melhorarem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual o utente progride para, ou mantém, o máximo grau de independência que é capaz. (2)

De acordo com a National Stroke Association:

- 10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente;
- 25% recuperam com sequelas mínimas;
- 40% apresentam incapacidade moderada a grave que necessita de acompanhamento específico;
- 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada;
- 15% morrem pouco depois do episódio;
- 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o 1º ano. (4)

Através do processo de reabilitação o utente de AVC pode readquirir capacidades e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas e compensar por qualquer disfunção residual. Existe um forte consenso entre os especialistas que o elemento mais importante em qualquer programa de reabilitação é a prática direta, bem orientada e repetitiva. (5)

O processo de reabilitação envolve seis parâmetros principais:

1. Prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e comorbilidades;
2. Terapia para o máximo de independência;
3. Facilitar ao máximo a capacidade do indivíduo e da família de lidar com a situação e se adaptarem;
4. Prevenção do défice secundário através da promoção da reintegração social, incluindo o acompanhamento do regresso a casa, da família e atividades recreacionais e vocacionais;
5. Reforço da qualidade de vida tendo em conta o défice residual;

6. Prevenção de um segundo AVC ou outros eventos vasculares, como o enfarte agudo do miocárdio, que ocorrem mais frequentemente nesta população. (6)

Logo que a situação clínica do utente se estabiliza é possível então começar a desenvolver esforços na sua recuperação funcional. (7) A primeira etapa concentra-se em promover a independência motora, dado que muitos deles se encontram com incapacidade funcional, neste caso do membro superior. Os utentes são solicitados a realizar todo um conjunto de exercícios amplos passivos ou ativos com o objetivo de fortalecer os membros afetados, neste caso o membro superior. Enfermeiros e terapeutas também apoiam o utente na realização de tarefas mais complexas, como lavar, vestir e usar o WC. Começar a readquirir a capacidade para realizar estas atividades da vida diária (AVD) representa o primeiro passo no sentido da independência funcional. (8)

Para alguns utentes, a reabilitação constituirá um processo contínuo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de capacidades e poderá envolver a participação de diferentes profissionais, com intervenção na comunidade durante meses ou anos após o AVC. (6)

A nível do processo de reabilitação no Serviço de Medicina Interna, este é iniciado poucas horas após o evento agudo, visando sempre a autonomia máxima possível do utente. Existindo diversos objetos para ajudar no processo, como a bola de pilates, a caixa de espelhos, as diferentes ajudas técnicas para a marcha. Existe também um jogo que permite trabalhar com os utentes a motricidade fina, mas sendo um jogo originalmente feito para crianças, a tábua pareceu se tornar facilitadora para melhorar a independência dos utentes.

Geralmente o AVC pode cursar com cinco tipos principais de défices: parésia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais. (9)

Neste trabalho centramo-nos na parésia a nível do membro superior e alterações da motricidade, sendo uma das disfunções mais comuns. Ocorre no lado contralateral à região do cérebro afetada, envolvendo parte ou mesmo o hemicorpo e podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podemos ter também problemas de coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado. (9,10)

Num AVC, o hemicorpo afetado apresenta hipotonia, isto é, o tônus é muito baixo para iniciar qualquer movimento, não apresenta resistência ao movimento passivo e o indivíduo não consegue manter o membro em nenhuma posição, principalmente durante as primeiras semanas. É frequente nestes casos, com o passar do tempo, a substituição de um quadro de hipotonia por hipertonia, em que há um aumento da resistência ao movimento passivo. A espasticidade tende a aumentar gradualmente nos primeiros 18 meses com os esforços e atividades desenvolvidas pelo indivíduo. (10) Pode levar a complicações secundárias como contratura dos músculos e articulações, dor e distúrbios funcionais, com posturas anormais e movimentos estereotipados. Exercícios passivos são fundamentais para prevenir esta condição.

Neste sentido procuram ao longo do internamento promover as capacidades motoras. Ensinam aos utentes os mecanismos para levar a cabo atividades que fazem parte da rotina diária, como cuidados utenteis, preparação de refeições e limpeza da casa.

Para tal é importante que o utente possa treinar ainda em internamento algumas das AVD, e com esse objetivo foi elaborada a tábua.

A tábua de treino de AVD tem como objetivos estimular a destreza de movimentos e auxiliar na melhoria da sua qualidade de vida. Permite o treino de AVD's e coordenação motora, assim como permite trabalhar a facilitação cruzada, a motricidade fina. Auxilia na reabilitação, pois possibilita estímulos de coordenação motora, senso de direção, motricidade fina, entre outros.

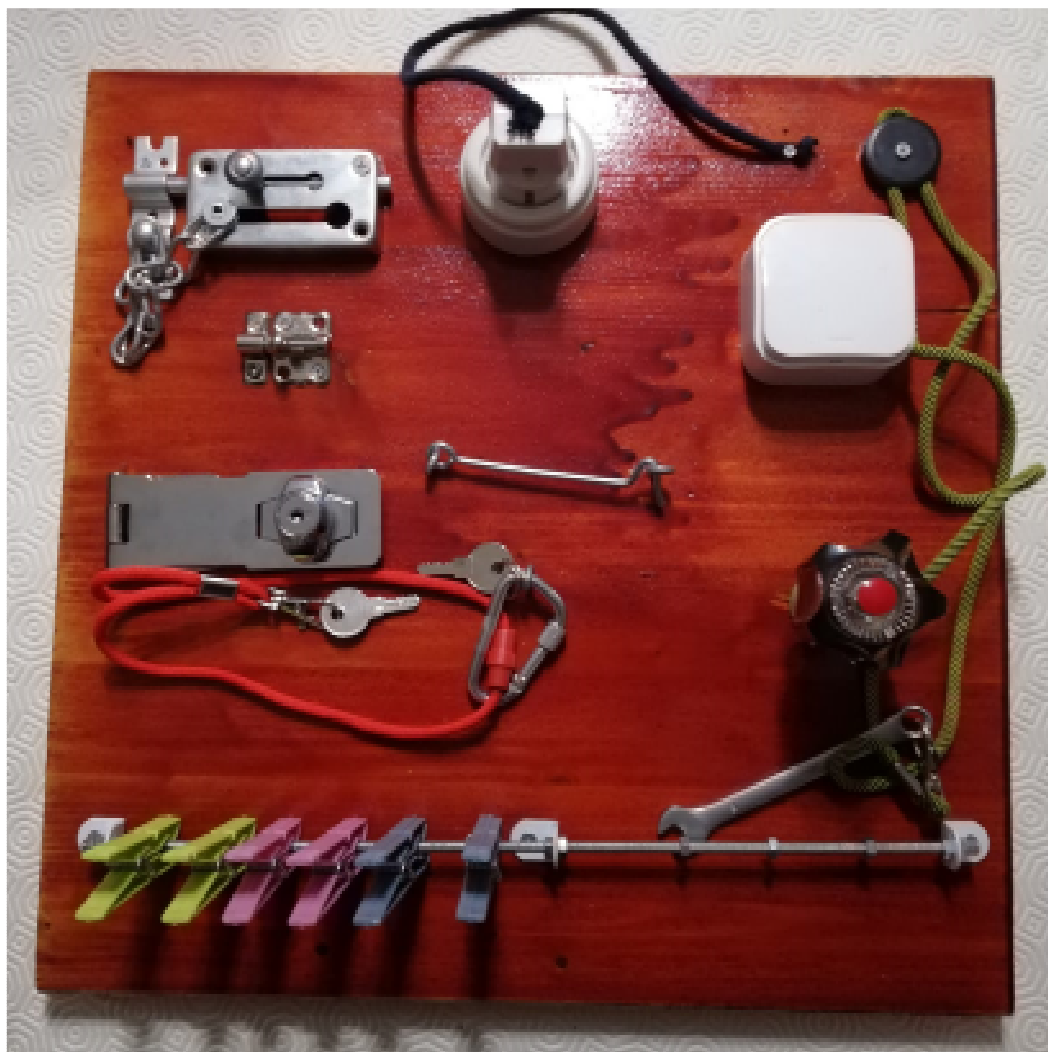


Figura 1 - Tábua

Assim foram encontrados alguns objetos do dia a dia e foi construída a tábua.

OBJETOS E MOVIMENTOS

1. Torneira

A Torneira utilizada é um modelo ainda muito comum em habitações, e que exige movimentos preensão, envolvendo do punho assim como pronação e supinação ao nível do antebraço.



algumas
rotação

2. Molas

As molas foram escolhidas pois trabalhar de os movimentos de do polegar.



permitem
oponência

3. Mosquetão

O Mosquetão permite trabalhar a oponência do polegar, aumentando a destreza no movimento fino de rolar o travão do mosquetão.

4. Rosca

A rosca com porcas e uma chave Sextavada permite trabalhar os movimentos de precisão ao nível do punho, facilitando a flexão palmar e a dorsi-flexão. Ao mesmo tempo que trabalha a flexão dos dedos.



5. Fechadura



No sentido de promover a independência todos os utentes terão a possibilidade de treinar a inserção da chave na fechadura assim como o abrir a fechadura. Permite trabalhar a destreza para conseguir inserir a chave assim como trabalhar os movimentos de oponência do polegar, assim como a nível do punho, facilitando a flexão palmar e a dorsi-flexão, assim como como pronação e supinação ao nível do antebraço.

6. Trancas da Porta

Recordando que em algumas casas existe trancas que exigem movimentos finos foram exemplares a fim de se trabalhar a polegar, assim como os movimentos a abertura das trancas.



nas portas
colocados 3
oponência do
exigidos para

7. Tomada e ficha

No mesmo sentido e a fim de facilitar a autonomia dos colocação da ficha na tomada permite trabalhar os da mão assim como o braço em toda as suas possibilidades.



utentes a
movimentos



8. Interruptor

Por fim o interruptor foi escolhido por ser necessário trabalhar a força na flexão e extensão dos dedos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) The Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization. Disponível em: URL: <http://www.who.int>.
- (2) European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee, ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis.* 2008;25(5):457-507.
- (3) Livro de resumos do 3º Congresso Português de AVC, realizado no Porto nos dias 5,6 e 7 de fevereiro de 2009. Sessão de Integração do Utente Após AVC.
- (4) Rehabilitation Therapy, National Stroke Association. Disponível em: URL: <http://www.stroke.org>
- (5) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. Guideline 64. novembro de 2002. Disponível em: URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/64/index.html>
- (6) Gresham GE, Alexander D, Bishop DS, Giuliani C, Goldberg G, Holland A, Kelly-Hayes M, Linn RT, Roth EJ, Stason WB, Trombly CA. American Heart Association Prevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. *Rehabilitation. Stroke* 1997;28(7):1522-6.
- (7) Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, Lamberty K, Reker D. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005;36(9):e100-43.
- (8) Duncan PW, Lai SM, van Culin V, Huang L, Clausen D, Wallace D. Development of a comprehensive assessment toolbox for stroke. *Clin Geriatr Med* 1999;15:885-915
- (9) Aminoff MJ, Greenberg DA, Simon RP. *Clinical Neurology*. 6th Edition. Boston: McGraw-Hill/Appleton & Lange, 2005
- (10) Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L, MacAlpine C, Taylor GS, Murray G. Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke* 2000;31:1223-9

Apêndice – Folha Anexa à tábua

REGRAS DE UTILIZAÇÃO

- A tábua pode ser colocada em cima de uma mesa e as atividades realizadas nesta base, ou afixada numa parede. Esta segunda opção permite trabalhar simultaneamente a coordenação motora global e fina, a amplitude de movimento, o equilíbrio, entre outros.
- Conforme a evolução do indivíduo pode utilizar-se molas de maior resistência para treino de força muscular. Atenção que no AVC, num membro com padrão espástico, é preciso ter cuidado com a aplicação de exercícios de força muscular, uma vez que poderá acentuar-se este padrão.
- Previamente à realização das atividades, poderá realizar-se alguns exercícios para trabalhar amplitudes articulares e assim facilitar o desempenho nas tarefas (ver anexo 1).
- A tábua de AVDs deve ser higienizada com um pano levemente humedecido com água e sabão, não devem se utilizados produtos químicos.

OBJETOS E MOVIMENTOS

1. Torneira

A Torneira utilizada é um modelo ainda muito comum em algumas habitações e é dos que permite explorar um maior número de competências motoras. Exige movimentos de preensão, envolvendo rotação do punho, assim como, pronação e supinação ao nível do antebraço. Trabalha igualmente a lateralidade. Estes movimentos são essenciais no dia a dia quer para tarefas das AVDs (alimentação, higiene, etc.) quer para outras tarefas rotineiras.

O objetivo da atividade é que o utente segure a torneira com o membro afetado e através de movimentos de prono-supinação do antebraço, rode a torneira para um lado e para o outro. Numa fase inicial, o indivíduo apresentará dificuldade em agarrar e rodar o objeto, por isso, o enfermeiro de reabilitação deverá apoiar o movimento. Conforme a evolução do quadro clínico, poderá propor-se um aumento de resistência na torneira, ajudando a desenvolver a força muscular.

2. Molas

As molas são um material utilizado no dia a dia e permitem desenvolver inúmeras competências. São ideais para fortalecer os músculos das mãos, trabalham o movimento de pinça e a oponência do polegar. O objetivo desta tarefa passa pelo indivíduo retirar as molas e coloca-las em cima da mesa, voltando a coloca-las na tábua posteriormente. Para a boa execução da atividade, o indivíduo deverá realizar movimentos de preensão de pinça e de força, posicionando os dedos corretamente. Esta atividade, inicialmente será difícil de realizar e, por isso, cabe ao enfermeiro de reabilitação facilitar o desempenho, identificando as dificuldades do indivíduo. Ao realizar a atividade na mesa e solicitar que as molas sejam colocadas em cima da mesma, é pedido ao indivíduo que recrute movimentos mais proximais, nomeadamente ao nível do ombro.

3. Mosquetão

O Mosquetão permite trabalhar a oponência do polegar, aumentando a destreza no movimento fino de rolar o travão do mosquetão.

4. Rosca

A rosca com porcas e uma chave Sextavada permite trabalhar os movimentos de precisão ao nível do punho, facilitando a flexão palmar e a dorsi-flexão. Ao mesmo tempo que trabalha a flexão dos dedos, motricidade fina e destreza manual. Esta atividade não deverá ser realizada numa fase inicial em que os movimentos de motricidade fina da mão ainda se apresentem escassos e pouco funcionais, pois poderão desencadear frustração e ser um fator desmotivador para o envolvimento do indivíduo no processo de reabilitação. No entanto, é uma atividade muito completa e eficaz para o treino da destreza manual, uma vez que também fornece informação sensorial.

Para a realização da atividade, o indivíduo pode rodar com os dedos as porcas ao longo da rosca (obtem mais informação sensorial tátil) ou utilizar a chave sextavada para o fazer. Ao utilizar a chave, o indivíduo trabalhará mais a preensão do que propriamente a destreza manual.

5. Fechadura

No sentido de promover a independência todos os utentes terão a possibilidade de treinar a inserção da chave na fechadura assim como o abrir a fechadura. Permite trabalhar a preensão, destreza manual, prono-supinação do antebraço, flexão palmar e dorsi-flexão, assim como, a coordenação óculo-manual, a resolução de problemas e outros aspetos cognitivos.

Para a realização desta atividade, o indivíduo deve selecionar a chave, coloca-la na fechadura e rodá-la de forma a “abrir” a mesma.

6. Trancas da Porta

Recordando que em algumas casas existe nas portas trancas que exigem movimentos finos foram colocados 3 exemplares a fim de se trabalhar movimentos de preensão, pinça, oposição do polegar, assim como os movimentos exigidos para a abertura das trancas.

7. Tomada e ficha

No mesmo sentido e a fim de facilitar a autonomia dos utentes e a sua reintegração nas atividades do dia a dia, a colocação da ficha na tomada permite trabalhar os movimentos da mão, assim como, o braço em toda as suas possibilidades. Desde a coordenação motora, motricidade fina, força muscular, coordenação óculo-manual, entre outros.

8. Interruptor

Por fim o interruptor foi escolhido por ser necessário trabalhar a força na flexão e extensão dos dedos.

APÊNDICE III - Estudo de Caso

1. Apresentação

2. Estudo de Caso



9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
UC Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Paula Cristina de Oliveira Machado

Lisboa
Janeiro de 2019





9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

ESTUDO DE CASO
UTENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS EM CASA
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO CONTROLO
SINTOMÁTICO

Paula Cristina de Oliveira Machado (8371)

Orientador: [REDACTED]

Professor: Professor Doutor Miguel Serra

Lisboa
Janeiro de 2019



SIGLAS

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HTA – Hipertensão Arterial

DRC – Doença Renal Crónica

DPOC – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

1. ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE.....	5
3. HISTÓRIA DE SAÚDE	6
3.1 Antecedentes de Saúde pessoal e familiar	6
3.1 Vigilância de Saúde	6
3.2 História de Doença Atual	6
3.3 Avaliação Subjetiva.....	7
4. CARACTERIZAÇÃO REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR	8
4.1 Suporte Social.....	8
4.2 Suporte Familiar	8
5. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	10
5.1 Avaliação Subjetiva e Objetiva de Enfermagem de Reabilitação.....	10
5.1.1 Exame Físico	10
5.1.2 Exame Neurológico.....	11
5.2 Avaliação Padrão de Satisfação de Autocuidado	14
5.3 Avaliação Grau de Dependência no Autocuidado	17
6. PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO ...	18
6.1 Diagnósticos de Enfermagem	18
6.2 Objetivos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação e Sistema de Enfermagem	19
6.3 Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação	19

2. INTRODUÇÃO

O Sr. M.S.N. de 77 anos, divorciado, a viver com a companheira a D. A.. Foi admitido na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) em 2002, desde essa altura tem tido vários internamentos no hospital da área de residência.

Com este trabalho pretende-se evidenciar a avaliação e intervenção implementada junto do Sr. M.S.N., bem como a avaliação dos resultados da intervenção da equipa de enfermagem de Reabilitação.

3. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

DADOS GERAIS	
NOME	M.S.N.
IDADE	77 ANOS
DATA DE NASCIMENTO	22-05-1941
GENERO	MASCULINO
ESTADO CIVIL	Divorciado, vive na companhia da D. A.. Nunca regularizaram a situação por uma questão económica.
PROFISSÃO	Reformado da construção civil, grande parte do tempo como pintor
ETNIA	Caucasiana
NATURALIDADE	Barreiro, Portugal
UTENTE SIGNIFICATIVA	Companheira D. A., com 79 anos.
RESIDÊNCIA HABITUAL	Barreiro, Portugal
AGREGADO FAMILIAR	Vive com a D. A..
SISTEMA DE SAÚDE	Segurança Social

4. HISTÓRIA DE SAÚDE

4.1 Antecedentes de Saúde pessoal e familiar

ANTECEDENTES UTENTEIS	Sem antecedentes pessoais de relevo na infância e juventude segundo o próprio e a companheira; -Hipertensão Arterial (HTA); -Cardiopatia isquémica (Status pós-Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) sem supra-ST em 2001); -Doença Renal Crónica (DRC) estadio 2; -Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) estadio III/IV (sob OLD no domicílio a 1.5L/min 16h); -Diabetes mellitus não insulino-tratada; -Dislipidemia; -Colecistite crónica litiasica; -Status pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) sequelar com epilepsia vascular, hemiplegia esquerda -ICC (NYHA) III/IV
ANTECEDENTES FAMILIARES	Sem antecedentes familiares conhecidos
TERAPÊUTICA HABITUAL	Furosemina 40mg (Diurético) Linagliptina [Trajenta] 5mg (Antidiabético) Valproato semisódico 500mg (Anticonvulsivante) Pitavastatina 2mg (Estatina) Metformina [Stagid] 700mg (Antidiabético) Salbutamol [Ventilan] (Broncodilatador) Brometo de Ipratrópio [Atrovent] Beclometasona [Beclotade] Captopril 6,25mg (Cardiotónico)
ALERGIAS	Desconhece alergias a fármacos ou outros
HÁBITOS ADITIVOS	Sem hábitos aditivos.

4.1 Vigilância de Saúde

Habitualmente o Srº M. faz a sua vigilância de saúde através do Centro de Saúde.

4.2 História de Doença Atual

Cardiopatia Isquêmica em 2001, status pós EAM sem supra-ST.

Autônomo até 2002, quando sobre um AVC, do qual se desconhece o território afetado, ficando na altura com hemiplegia esquerda. Desde essa altura confinado ao leito.

De 2003 a 2012 tem em média 2/3 internamentos hospitalares sempre por infecção do trato respiratório.

Em 2012 é internado por um quadro de dificuldade respiratória global, sem parâmetros de infecção e é lhe diagnosticado DPOC de etiologia laboral, última avaliação em 2016 com estadio III/IV.

De 2012 a 2017 novamente múltiplos internamentos por infecção do trato respiratório.

Em janeiro de 2018 é internado por dificuldade respiratória e em Edema Agudo do Pulmão, na altura com edemas generalizados. Diagnosticado ICC (NYHA) III/IV.

Durante o ano de 2018 teve 4 vezes internado no hospital da área de residência, sempre por infecção do trato respiratório.

Só tem como exames complementares de diagnóstico os realizados no hospital, sempre que é internado.

4.3 Avaliação Subjetiva

O Sr. M. refere Ortopneia, permanecendo na cama todo o tempo, com a cabeceira elevada a mais de 30°. Verbaliza dispneia que segundo Escala de dispneia modificada MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC) (Anexo V), avalia dispneia como grau V, “Falta de ar impede que saia de sua casa”.

5. CARACTERIZAÇÃO REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

A informação que passo a citar foi obtida através de entrevista ao Sr.º M. e também à sua companheira a D. A.

4.1 Suporte Social

Reside no concelho do Barreiro, em casa própria, uma vivenda R/c situada em zona residencial, com saneamento básico e boas condições de habitacionalidade (sem aquecimento central, recorrem a um aquecedor a óleo para os dias frios de inverno). A casa tem razoáveis dimensões, tem 3 assoalhadas com cozinha, casa de banho, sala de estar e tem 2 quartos incluindo o seu e casa de banho. Tem ainda um pequeno jardim exterior.

Considera habitar numa zona com bons recursos comunitários, como comércio, instituições de saúde estatais e particulares, boa rede de transportes embora habitualmente não se desloque. Mas a D. A. desloca-se habitualmente a pé.

Habitualmente não utiliza recursos da comunidade para fins recreativos, gosta de ver televisão. Tem a visita regular da filha da D. A. e ocasionalmente do filho do Sr. M.

Relativamente ao suporte social tem apoio da IPSS Padre Abílio Mendes diariamente para os cuidados de higiene, e a nível particular ao fim de semana de uma ajudante familiar para os cuidados de higiene.

Quanto aos recursos financeiros, é possível inferir que estes são suficientes para satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

4.2 Suporte Familiar

Vive com a D. A. Tem 2 filhos, um reside na Suíça, e visita o pai 3 a 4 vezes por ano, e outro visite no Barreiro, mas realiza visitas muito esporádicas ao Sr. M.. Tem ainda a filha da D. A., que reside no Montijo e trabalha em Alcochete. Esta é a utente mais próxima e que ajuda nas compras maiores e nas necessidades do Sr. M..

Não foi possível avaliar se tem alguma relação com outros familiares ou familiares mais distantes por não desenvolver a conversa quando abordado este tema.

Segundo o Sr. M., tem visitas ocasionais de alguns amigos de trabalho.

Relativamente aos laços afetivos, foi possível perceber que tem uma relação de grande proximidade e afeto com a D. A.. Não sendo possível explorar as restantes relações.

6. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

6.1 Avaliação Subjetiva e Objetiva de Enfermagem de Reabilitação

Passa-se a descrever a avaliação que foi realizada junto do Srº M. e que retrata a avaliação subjetiva de enfermagem tendo em conta a observação do enfermeiro, e ainda a avaliação objetiva através do uso de escalas de avaliação.

6.1.1 Exame Físico

Relativamente ao exame físico podemos observar que o Sr. M. apresenta um aspeto cuidado, está emagrecido, pele pálida e hidratada e mucosas descoradas e hidratadas, com turgor normal sem evidência de prega cutânea.

Úlcera de pressão na região sacrococcígea, calcanhar esquerdo e dorso pé esquerdo **Grau IV, perda total da espessura dos tecidos** (ENCONTRAR bibliografia).

Está deitado na cama com cabeceira elevada bom controle postural aparente. Comunicativo, olhar dirigido, sorriso fácil apesar da dificuldade respiratória presente e cansaço que demonstra através do discurso pausado, frases curtas e com pausas para respirar, e ainda da verbalização de cansaço quando a transferiam da cama para o cadeirão.

Corpo aparentemente simétrico, sem desvios posturais, presença de todos os segmentos corporais, não usa próteses dentárias e oculares.

Sem massas palpáveis aparentemente.

Abdómen mole e depressível.

Sinais vitais obtidos	
FC	76 bpm (normalidade)
FR	22 cpm (normalidade mas tendencialmente alto)
SpO2	87% com O2 a 2L/min por cânula nasal
TA	136/80mmHg (normalidade, mas tendencialmente alto)
T (timpânica)	37,1º (normalidade)
Dor	0 (sem dor escala analógica e numérica)

Aspeto emagrecido, avaliação nutricional e do **Índice de Massa Corporal** realizado revela: peso atual 42 Kg, altura 1,57m, ou seja IMC=17.19 que significa Magreza leve.

NRS-2002: Score 5 = **Em risco Nutricional**

Perca de peso progressiva (não contabilizada) e baixa ingestão de alimentos.

6.1.2 Exame Neurológico

Face à situação anterior de AVC em 2002, realizada uma avaliação Neurológica.

A) Estado mental

O Sr.º M. encontra-se calmo, colaborante e comunicativo para a apreciação. Interege de forma espontânea.

Relativamente à avaliação do **Estado Mental**, o Sr.ºM. está calmo, vígil, orientado relativamente a si – Autopsíquica - e aos outros, ao espaço e ao tempo – Alopsíquica-, visível no discurso que é coerente, na identificação positiva dos outros nomeadamente os técnicos de saúde que nomeia corretamente. Está atento relativamente aos estímulos exteriores, e observa-se tenacidade nomeadamente durante a intervenção do enfermeiro em que cumpre o que lhe é pedido sem dúvidas e sem erros. Tem capacidade de concentração visível durante a intervenção.

Avaliada consciência com escala de Glasgow sendo o valor obtido 15. (Anexo I)

Relativamente à **memória**, de uma forma sucinta parecem mantidas a **memória imediata** (retém a sequencia de exercícios a fazer, sem erros e sem dúvidas), **memória recente** (recupera o que estava a ver na televisão) e **memória remota** (evidente quando fala de episódios da vida remota durante a interação, refere também todos os acontecimentos da doença atual sem erros aparentes).

A **Linguagem** numa avaliação informal percebe-se que tem um discurso espontâneo, voz audível e clara, sem aparente alteração da fonação. Usa frase curtas ou interrompe a meio o discurso pela aparente fadiga durante a fala. Compreende o que lhe é dito, visível por não ter erros na execução do que lhe é pedido, e nomeia os objetos e utentes corretamente. Tem uma linguagem falada elaborada, e mantém a capacidade de escrita, sendo possível observar a letra não muito bem desenhada.

B) Pares Cranianos

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS			
I - Olfativo	Sem alteração da percepção do cheiro		
II – Ótico	Acuidade visual	Sem alteração	
	Campo de visão	Sem alteração	
III – Óculomotor IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Apresenta midríase reativa à luz, forma redonda e a pupila do OE com diâmetro de 3 mm e a pupila do OD com diâmetro de 3 mm). Apresenta simetria dos movimentos oculares.		
	Sensibilidade táctil	Divisão oftálmica	Sem alteração
		Divisão maxilar	Sem alteração
		Divisão mandibular	Sem alteração

V – Trigêmeo	Sensibilidade térmica	Divisão oftálmica	Sem alteração
		Divisão maxilar	Sem alteração
		Divisão mandibular	Sem alteração
	Sensibilidade dolorosa	Divisão oftálmica	Sem alteração
		Divisão maxilar	Sem alteração
		Divisão mandibular	Sem alteração
	Apresenta reflexo córneo-palpebral Sem alteração Movimentos de mastigação Sem alteração		
VII – Facial	Sem alteração.		
VIII – Estado-Acústico	Divisão coclear	Sem alterações aparentes.	
	Divisão vestibular	Apresenta equilíbrio estático no leito deitado com a cabeceira elevada. Não é possível testar as restantes vertentes, por o Sr.M. estar confinado ao leito e não tolerar a flexão do tronco mais de 70º. Equilíbrio estático e dinâmico mantidos quando sentada. Não faz posição ortostática, pelo que foi impossível avaliação do teste de Romberg. Impossível a realização do Teste de Rinne e Teste de Weber.	
IX – Glossofaringeo	Sem alteração da perceção do sabor doce ou salgado.		
X – Vago	Apresenta reflexo do vômito.		
XI – Espinhal	Rotação da cabeça sem alterações, força muscular idêntica em ambos os lados do pescoço. Sem alterações à direita. Impossível elevação do ombro direito por hemiplegia, com espasticidade.		
XII – Grande Hipoglosso	Sem alteração.		

c) Motricidade

Avaliação da Força Muscular e Tônus Muscular							Data: 26/11/2018				
Segmento Movimento	Cabeça e pescoço	Membro Superior esquerdo					Membro Inferior Esquerdo				
		Escapulo- umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo- femoral	Joelho	Tibiotársica	Dedos	
Flexão	5/5 0	1/5 1	0/5 1		0/5 1	0/5 1	1/5 0	0/5 0		0/5 0	
Extensão	5/5 0	0/5 1	0/5 1+		0/5 1+	0/5 1+	0/5 0	0/5 0		0/5 0	
Flexão lateral esquerda	5/5 0										
Flexão lateral direita	4/5 0										
Rotação externa / esq.	5/5 0	0/5 1+					0/5 0				
Rotação interna / dta.	4/5 0	0/5 1					0/5 1				
Adução		0/5 0				0/5 0	0/5 0			0/5 0	
Abdução		0/5 1+				0/5 0	0/5 1+			0/5 0	
Supinação				0/5 1+							
Pronação				0/5 1							

Legenda: Força – canto superior esquerdo – escala de Lower; Espasticidade – canto inferior direito - escala modificada de Ashworth

O Sr. M. apresenta **Fadiga** que avalia como **Muitíssima** ou **Muita** em alguns itens, na **escala FACIT** num total de **33 em 52** (Anexo III).

6.1.3 Avaliação da Função Respiratória

A) Avaliação Subjetiva

O Sr. M. refere Ortopneia, permanecendo na cama todo o tempo. Verbaliza **dispneia** que segundo Escala de dispneia modificada **MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)** (Anexo V), **avalia dispneia como grau V**, “Falta de ar impede que saia de sua casa”.

B) Avaliação Objetiva

INSPEÇÃO	Sem cianose periférica. Tórax simétrico, sem deformidades visíveis Estática: tórax normolíneo Dinâmica: frequência respiratória de 22cpm, taquipneia, padrão predominante toraxico, amplitude superficial e simétrica
PALPAÇÃO	Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Frémito tóraco-vocal normal
PERCUSSÃO	Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax
AUSCULTAÇÃO	Murmúrio vesicular diminuído com crepitações presentes em todos os campos pulmonares
TOSSE	Tosse presente, produtiva não eficaz, pouco frequente.
SECREÇÕES	Secreções espessas, mucopurulentas em regular quantidade.

6.2 Avaliação da funcionalidade

Índice de Barthel	
Atividades	Pontuação
BANHO 5 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 0 = Dependente (necessita de algum tipo de ajuda/supervisão)	0
HIGIENE PESSOAL 5 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 0 = Dependente (necessita de auxílio nos cuidados pessoais)	0
VESTIR/DESPEIR 10 = Independente (inclui fechos, botões e atacadores) 5 = necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho 0 = Dependente (não faz sozinho)	0
ALIMENTAÇÃO 10 = Independente (não necessita de ajuda, faz sozinho) 5 = Necessita de uma pequena ajuda para cortar a carne ou barrar o pão, come sozinho 0 = Dependente (necessita ser alimentado por outra utente)	0
INTESTINOS 10 = Contínente 5 = Acidentes ocasionais 0 = Incontinente (necessita de enemas)	0
BEXIGA 10 = Contínente 5 = Acidente Ocasional 0 = Incontinente	0
USO DA SANITA 10 = Independente 5 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão, faz parte sozinho 0 = Dependente (não faz nada sozinho)	0
TRANSFERÊNCIAS 15 = Independente (não necessita de ajuda) 10 = Necessita de uma pequena ajuda ou supervisão 5 = Necessita de uma grande ajuda física, apenas consegue sentar-se 0 = Dependente, sem equilíbrio sentado	0
MOBILIZAÇÃO 15 = Independente (pode usar meios auxiliares de marcha, ex: bengala) 10 = Marcha, necessita de uma pequena ajuda física, ou supervisão, por parte de outra utente 5 = Independente em cadeira de rodas 0 = Dependente, imóvel	0
TOTAL	0

O utente apresenta-se totalmente dependente nas AVDs. Considerei o utente incontinente nos itens bexiga e intestinos, por o utente não ser capaz de avisar a cuidadora da necessidade de evacuar nem alertar após ter já realizado a dejeção. Quanto a bexiga está algaliado.

Escala de Braden				
Percepção sensorial	1.Completamente limitada	2. Muito limitada	3.Ligeiramente limitada	4.Nenhuma limitação
Humidade	1.Pele constantemente húmida	2.Pele muito húmida	3.Pele ocasionalmente húmida	4.Pele raramente húmida
Atividade	1. Acamado	2.Sentado	3.Andar ocasionalmente	4.Andar frequentemente
Mobilidade	1.Completamente imobilizado	2.Muito limitada	3.Ligeiramente limitado	4.Nenhuma limitação
Nutrição	1.Muito pobre	2.Provavelmente inadequada	3.Adequada	4.Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1.Problema	2.Problema potencial	3.Nenhum problema	

O utente foi avaliado com um total de 9 pontos. Segundo a Escala de Braden apresenta risco elevado de ulcera de pressão.

Escala de Morse	
1.AVALIAÇÃO	Pontuação
0- Não 25 – Sim (O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano)	0
2. DIAGNOSTICO SECUNDÁRIO	15
0 – Não 15 – Sim (se mais do que um diagnostico no processo clínico)	
3.APOIO PARA DEAMBULAÇÃO	0
0 – Sem ajuda do auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) /CR/ acamado 15 – Com ajuda de auxiliar de marcha 30 – Apoiando-se na mobília	
4.MEDICAÇÃO E/OU HEPARINA INTRAVENOSA	0
0 – Não 20 - Sim	
5.MARCHA	0
0 – Normal/acamado 10 – Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília 20 –Défices de marcha – caminha agarrado às mobílias ou amparado em utentes (não consegue caminhar sem ajuda)	
6. ESTADO MENTAL	0
0 – Consciente das suas limitações 15 – Não consciente das suas limitações	
Total	15

O utente apresenta um risco baixo de queda, não se tendo registado nenhuma queda nos últimos 12 meses antes da avaliação, mantendo-se devido a permanecer confinado ao leito e por se encontrar consciente das suas limitações. Apresenta pontuação de 15 devido aos diagnósticos.

Escala de Medida de Independência Funcional	
AUTO-CUIDADOS	
A- Alimentação	1
B – Higiene Pessoal	1
C - Banho	1
D – Vestir metade superior	1
E – Vestir metade inferior	1
F – Utilização de sanita	1
CONTROLO DOS ESFINTERES	
G - Bexiga	1
H- Intestinos	1
MOBILIDADE	
TRANSFERÊNCIAS	
I – Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1
J - Sanita	1
K – Banheira, Duche	1
LOCOMOÇÃO	
L – Marcha, Cadeira de Rodas	1
M - Escadas	1
SCORE SUB-TOTAL MOTOR	13
COMUNICAÇÃO	
N – Compreensão	7
O - Expressão	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
P – Interação social	6
Q – Resolução dos problemas	6
R – Memória	6
SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO	32
TOTAL DO SCORE MOTOR E COGNITIVO	45

O utente encontra-se classificado segundo a MIF como Incapacidade Elevada, sustentada principalmente nas alterações motoras limitativas que apresenta.

7. PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

7.1 Diagnósticos de Enfermagem

Foram levantados vários focos de enfermagem, tendo por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Tendo se levantado os seguintes diagnósticos:

- **Dispneia Funcional (VENTILAÇÃO COMPROMETIDA).** [entende-se por dispneia funcional a utente que refere grau V escala MRC]
- **Expetorar comprometido.** [Entenda-se por comprometido a utente com tosse ineficaz]
- **Intolerância à atividade** [dispneia grau V escala MRC.]
- **Paralisia do Hemicorpo esquerdo**, em grau muito elevado. [entende-se por grau muito elevado: utente avaliada pela escala de MRC-F, com 0/5]
- **Autocuidado: Higiene dependente em grau muito elevado.** [entende-se por grau elevado: utente que apresenta de acordo com o Índice de Barthel no item banho 0]
- **Autocuidado: arranjar-se dependente em grau muito elevado.** [entende-se por grau muito elevado: a utente que apresenta segundo o índice de Barthel no item vestir-se valor 0]
- **Integridade da pele prejudicada** [UP]

7.2 Objetivos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação e Sistema de Enfermagem:

1. Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios;
2. Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;
3. Diminuir o tempo de permanência com a oxigenioterapia;
4. Manter a força muscular, mantendo a mobilidade articular no membro superior direito;
5. Manter a funcionalidade nas atividades de autocuidado

6.3 Plano de Cuidados Especializado de Enfermagem de Reabilitação

DATA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
26/11/18	Dispneia Funcional (VENTILAÇÃO COMPROMETIDA). [entende-se por dispneia funcional a utente que refere grau 4 escala MRC]		Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição alveolar. Impedir a formação de aderências pleurais para manter a mobilidade costal e diafragmática, para melhorar a dispneia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar Exames Complementares de Diagnóstico. 2. Realizar exame físico. 3. Auscultação Pulmonar. 4. Avaliar a dispneia funcional 5. Assistir a utente a otimizar a ventilação através de técnica respiratória 6. Treinar a otimizar a ventilação através da técnica respiratória: <ol style="list-style-type: none"> a. Dissociação dos tempos respiratórios b. Respiração abdomino diafragmática
		Conhecimento sobre prevenção da dispneia funcional	Manter e melhorar o conhecimento para otimizar a dispneia funcional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o Conhecimento sobre prevenção da dispneia funcional 2. Avaliar o potencial para melhorar o Conhecimento sobre prevenção da dispneia funcional 3. Ensinar sobre conservação de energia

				4. Ensinar sobre doença
		Capacidade para otimizar Ventilação	Manter e melhorar a capacidade para otimizar a dispneia funcional.	1. Avaliar capacidade para otimizar a respiração 2. Instruir a técnica respiratória 3. Treinar a otimização da ventilação através de técnica respiratória 4. Treinar a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: dissociação tempos respiratórios 5. Treinar a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: respiração abomino diafragmática 6. Treinar a técnica respiratória

AVALIAÇÃO

26/11/2018

O Sr. M.S. apresenta-se Taquipneico com O₂ a 2L/min por cânula bi-nasal, com Saturações Periféricas de 87%. Respiração padrão predominante toraxico, amplitude superficial e simétrica.

O Sr. M.S., apresenta dispneia em Grau 4 (Escala MEDICAL RESEARCH COUNCIL) e FACIT-PAL 37 (Escala de 4 a 52]. Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído com crepitações presentes em todos os campos pulmonares.

Foi colocado o Sr. M.S. em posição de relaxamento, sentado no leito pedida consciencialização da respiração e posteriormente a dissociação dos tempos respiratórios. Tendo sido difícil de executar.

Seguiu-se para a realização de respiração diafragmática que o Sr. M.S. não conseguiu executar, após várias tentativas

Estratégias:

- **Garrafa com palhinha**
 - Capacidade expiratória
 - Dissociação dos tempos respiratórios
 - Capacidade Inspiratória
 - Amplitude Respiratória
- **Lata de Atum em Conserva**
 - Respiração Abdomino Diafragmática

NYHA	Características	D14
Grau I	Sem sintomas e sem limitações nas atividades físicas quotidianas. Ex. falta de ar a andar ou subir escadas, etc.	
Grau II	Sintomas moderados (dispneia e/ou angina) e ligeiros durante as atividades rotineiras.	
Grau III	Limitações significativas na atividade física devido aos sintomas, mesmo durante atividades menores; por exemplo, caminhar por curtas distâncias (20-100 metros). Somente confortáveis quando em repouso.	
Grau IV	Graves limitações. Sintomas presentes mesmo em estado de repouso. Principalmente em utentes acamados.	

	Características		D0
Grau 0	Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>		
Grau 1	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>		
Grau 2	Andar mais devagar que as utentes da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes utentes devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>		
Grau 3	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.</i>		
Grau 4	Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>“Estou sem fôlego para sair de casa”.</i>		

30/12/2018

O Sr. M.S. apresenta-se Eupneico sem aporte de oxigénio, com Saturações Periféricas de 93%. Cumpro com a utilização de cânula bi-nasal no período noturno 19h – 7h. Respiração padrão predominante toraxico, amplitude superficial.

O Sr. M.S., apresenta dispneia em Grau 2 (Escala MEDICAL RESEARCH COUNCIL) e FACIT-PAL 22 (Escala de Avaliação da Qualidade de Vida).

O próprio refere Alívio à sensação de dispneia.

DATA	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
26-11-18	Expetorar		Melhorar a Limpeza das Vias Aéreas com as características específicas:	1. Avaliar capacidade para promover o expetorar 2. Avaliar conhecimento para promover o expetorar

			expulsão do muco, material mucopurulento ou líquidos, da traqueia, brônquios e pulmões, por meio da tosse ou escarro.	<p>3. Avaliar o expetorar (Sim/não)</p> <p>1. Reflexo da tosse presente</p> <p>2. Expele as secreções</p> <p>1. Aspirar secreções</p> <p>2. Avaliar o expetorar</p> <p>3. Estimular a tossir</p> <p>4. Executar cinesiterapia respiratória [Compressão; Vibração; Percussão; Costa bilateral; Costa universal; Tonificação diafragmática; Drenagem postural (Expetoração); Terapêutica de posição (DP); Mobilização das articulações escapulo umeral; Correção postural; Reeducação no esforço]</p> <p>5. Executar inaloterapia</p> <p>6. Gerir inaloterapia</p> <p>7. Incentivar a expetorar</p> <p>8. Incentivar a tossir</p> <p>9. Incentivar ingestão de líquidos</p> <p>10. Vigiar as secreções</p> <p>4. Avaliar potencial para melhorar a capacidade</p> <p>5. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</p>
--	--	--	---	---

				6. Monitorizar frequência respiratória 7. Vigiar as secreções 8. Vigiar respiração
--	--	--	--	---

AVALIAÇÃO

26/11/2018

O Sr. M.S. apresenta a nível da auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído com frevores subcrepitantes presentes em todos os campos pulmonares.

DATA	DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
26/11/18	Intolerância à atividade [dispneia grau 4 escala MRC e FACIT-PAL 37 (Escala de 4 a 52)]	Melhorar a tolerância à atividade, neste caso atividades de vida diária	1. Avaliar Intolerância a Atividade, recorrendo a Escala FACIT – PAL 2. Gerir atividade física 3. Informar sobre equipamentos adaptativos para o exercício 4. Negociar atividade física 5. Planear atividade física e Repouso 6. Supervisionar resposta ao exercício

AVALIAÇÃO

26/11/2018

O Sr. J.V. apresenta-se Taquipneico com O2 a 2L/min por óculos Nasais, com Saturações Periféricas de 87%. Respiração padrão predominante toraxico, amplitude superficial e simétrica.

O Sr. M.S., apresenta dispneia em Grau IV (Escala MEDICAL RESEARCH COUNCIL). Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular diminuído com frevores subcrepitantes presentes em todos os campos pulmonares.

Foi colocado o Sr. M.S. em posição de relaxamento, sentado no leito pedida consciencialização da respiração e posteriormente a dissociação dos tempos respiratórios. Tendo sido difícil de executar.

Seguiu-se para a realização de respiração diafragmática que o Sr. M.S. não conseguiu executar, após várias tentativas, foi incentivado a tossir e com muita dificuldade expetorou secreções espessas amareladas em escassa quantidade. Apresenta cansaço evidente após acessos de tosse com dessaturação periférica de O₂ associada.

No final com Saturações Periféricas de 92%.

ANEXO I – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Escala de Coma Glasgow

Score		DATA		
		D1	D15	D30
Abertura dos Olhos	4- Espontânea 3- Ordem Verbal 2- À dor 1-Nula	4	4	4
Resposta Verbal	5- Orientada 4- Confusa 3- Inapropriada 2- Incompreensível 1-Nula	5	5	5
Resposta Motora	6- Obedece a ordens simples 5- E a dor 4- Membro Retraído 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1-Nula	6	6	6
Total		15	15	15
Resultados 7= Coma 7-15= Descrição das respostas 15= Consciente				

ANEXO II – ESCALA DE FORÇA MUSCULAR DE MRC-FM E DE TONUS MUSCULAR DE ASHWOTH

Avaliação da Força muscular segundo Escala de MRC-FM e Tonus Muscular segundo Escala de Ashworth

SEGMENTOS		MOVIMENTOS	Hemicorpo direito		Hemicorpo esquerdo	
			E. MRC-FM	E. Ashworth	E. MRC-FM	E. Ashworth
Cabeça e Pescoço		Flexão	5/5	0	5/5	0
		Extensão	5/5	0	5/5	0
		Flexão lateral esquerdo	5/5	0	5/5	0
		Flexão lateral direito	5/5	0	5/5	0
		Rotação	5/5	0	5/5	0
Membro superior	Escapulo-umeral	Flexão	5/5	0	0/5	4
		Extensão	5/5	0	0/5	4
		Adução	5/5	0	0/5	4
		Abdução	5/5	0	0/5	4
		Rotação interna	5/5	0	0/5	4
		Rotação externa	5/5	0	0/5	4
	Cotovelo	Flexão	5/5	0	0/5	4
		Extensão	5/5	0	0/5	4
	Antebraço	Pronação	5/5	0	0/5	4
		Supinação	5/5	0	0/5	4
	Punho	Flexão palmar	5/5	0	0/5	4
		Dorsi-flexão	5/5	0	0/5	4
		Desvio radial	5/5	0	0/5	4
		Desvio cubital	5/5	0	0/5	4
		Circundação	5/5	0	0/5	4
	Dedos	Flexão	5/5	0	0/5	4
		Extensão	5/5	0	0/5	4
		Adução	5/5	0	0/5	4
		Abdução	5/5	0	0/5	4
		Oponência do polegar	5/5	0	0/5	4
		Flexão	4/5	0	0/5	4

Membro inferior	Coxo Femural	Extensão	4/5	0	0/5	4
		Adução	4/5	0	0/5	4
		Abdução	4/5	0	0/5	4
		Rotação interna	4/5	0	0/5	4
		Rotação externa	4/5	0	0/5	4
	Joelho	Flexão	4/5	0	0/5	4
		Extensão	4/5	0	0/5	4
	Tíbio-társica	Flexão plantar	4/5	0	0/5	4
		Flexão dorsal	4/5	0	0/5	4
		Inversão	4/5	0	0/5	4
		Eversão	4/5	0	0/5	4
	Dedos	Flexão	5/5	0	0/5	4
		Extensão	5/5	0	0/5	4
		Adução	5/5	0	0/5	4
		Abdução	5/5	0	0/5	4

ESCALA DE MRC – Força Muscular	
GRAU	DESCRIÇÃO
5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A utente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A utente consegue mover o membro na base da cama.
1	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0	Sem contração muscular e sem movimento

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	
GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sem aumento de tônus muscular
1	Leve aumento de tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou or resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (AMA), quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Leve aumento de tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da AMA .
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da AMA, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Escala de Fadiga FACIT

DATA	D1	D15	30
Sinto-me fatigado	4	3	2
Sinto fraqueza generalizada	4	3	3
Sinto-me sem forças	4	3	2
Sinto-me cansado(a)	4	3	2
Tenho dificuldade em começar as coisas porque estou cansado(a)	4	3	2
Tenho dificuldade em terminar as coisas porque estou cansado(a)	4	3	2
Tenho energia	1	1	1
Sou capaz de fazer as minhas atividades normais	0	1	1
Preciso de dormir durante do dia	1	1	1
Estou cansado(a) demais para comer	3	2	2
Preciso de ajuda para as minhas atividades normais	4	4	4
Estou frustrado(a) por estar cansado(a) demais para fazer as coisas que quero	1	1	1
Tenho de limitar a minha vida social por estar cansado(a)	3	3	3
TOTAL	37	31	26

Escala de Fadiga FACIT	
Nem um pouco	0
Um pouco	1
Mais ou menos	2
Muito	3
Muitíssimo	4

ANEXO V – ESCALA DE DISPNEIA MEDICAL RESEARCH COUNCIL

ESCALA DE DISPNEIA MODIFICADA – MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Classificação	Características	D1	D15	D30
Grau I	Falta de ar quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, etc.)			
Grau II	Falta de ar quando caminha de maneira apressada no plano ou quando caminha em subidas.			
Grau III	Anda mais devagar do que utentes da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, para para respirar.			
Grau IV	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para para respirar.			
Grau V	Falta de ar impede que saia de sua casa.			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – ESCALA DE BRADEN

DATA	D1	D15	D30
Percepção sensorial - capacidade de responder significativa ao desconforto			
1. Completamente limitado			
2. Muito limitado	1	1	1
3. Ligeiramente limitado			
4. Sem limitações			
Exposição à humidade – grau de exposição da pele à humidade			
1. Constantemente			
2. Habitualmente			
3. Ocasionalmente	3	3	3
4. Raramente			
Atividade – grau de atividade física			
1. Acamado			
2. Sentado			
3. Anda ocasionalmente	1	1	1
4. Anda frequentemente			
Mobilidade – capacidade de mudar e controlar a posição corporal			
1. Completamente imóvel			
2. Muito limitado			
3. Ligeiramente limitado	1	1	1
4. Sem limitações			
Nutrição – padrão habitual de nutrição			
1. Inadequada			
2. Provavelmente inadequada	2	2	2
3. Adequada			
4. Excelente			
Fricção e forças de deslizamento			
1. Problema			
2. Problema potencial	1	1	1
3. Sem problema			
Total	9	9	9
Menor ou igual a 12 – ELEVADO			
13-14 - MODERADO			
15-16 se < 75 anos OU 15-18 se > ou = 75 anos - BAIXO			
> 17 se < 75 anos OU > 19 se > ou = a 75 anos – SEM RISCO			

ANEXO X – ESCALA DE MORSE

Avaliação do Risco de Quedas - ESCALA de MORSE

		Score	D1	D15	D30
1.História de quedas nos últimos 3 meses	Não	0	0	0	0
	Sim	25			
2.Diagnóstico secundário	Não	0	15	15	15
	Sim	15		15	15
3.Ajuda na mobilização	Acamado/Repouso no leito/cadeira de Rodas	0	0	0	0
	Bengala/Andarilho/Canadiana	15			
	Aparelho/Equipamento	30			
4.Terapia Endovenosa	Não	0	0	0	0
	Sim	20		0	
5.Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0	0	0	0
	Lenta	10			
	Alterada/Cambaleante	20		0	0
6.Estado mental	Orientado	0	0	0	0
	Desorientado/Confuso	15			
Total			15	15	15
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
0 - 24	Sem Risco de quedas				
25 - 50	Baixo risco de quedas				
> 50	Alto risco de quedas				

APÊNDICE IV - Trabalho Realizado em Estágio
Sessão de Formação às IPSS sobre:
“Mecânica Corporal, Posicionamentos e
Transferências”

1. Apresentação

2. Plano de Sessão da Atividade Prática

UCC [REDACTED]

Ensino Clínico do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

2017/2018

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: "Mecânica corporal, Posicionamentos e Transferências"

Data e hora: 10 de dezembro de 2018, das 14h30 às 15h30; 14 de janeiro de 2019, das 14h30 às 15h30

Local: IPSS [REDACTED]; IPSS [REDACTED] (sala de atividades)

Duração: 1 hora

População-alvo: Cuidadores informais

Finalidade: Capacitar e promover conhecimentos sobre cuidados à utente com alteração da mobilidade.

Número de Participantes: 24

Responsáveis pela realização: Enfermeira Paula Machado; Enfermeiro [REDACTED]

Objetivos Específicos	Resultados Esperados	Estratégias		Critérios de Avaliação
		Metodologia	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitar os cuidadores informais para a postura adequada de trabalho, correto posicionamento e transferência do utente; ➤ Desmistificar as questões sobre os temas abordados; ➤ Sensibilização para usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia; ➤ Compreender as consequências da imobilidade. 	<p>Pretende-se que a totalidade dos participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstrar interesse pela sessão; ➤ Participar ativamente na sessão; ➤ Esclarecer sobre as dúvidas e mitos que têm sobre as técnicas a executar; ➤ Promover a análise dos conhecimentos úteis sobre as técnicas a executar; ➤ Prevenir lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho; ➤ Auxiliar na transferência e posicionamento do utente, que necessita de ajuda total ou parcial; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Método Explicativo ➤ Método Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação de diapositivos e vídeo. 	<p><u>Componente Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a adesão dos participantes à sessão de formação. <p><u>Componente Cognitiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder acertadamente ao questionário escrito, após a sessão de formação; ▪ Compreender a sessão e a sua finalidade; <p><u>Componente Afetiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar interação grupal; ▪ Envolvimento/motivação e interesse na sessão, até à sua finalização.

Avaliação:

Após as 2 sessões as respostas foram positivas num total de 100%

Em suma o balanço desta sessão de formação houve capacitação das cuidadoras informais para diminuir a ocorrência de lesões no trabalho e melhorou-se a eficácia e segurança na mobilização do utente.

